

# **El suicidio consumado en Madrid capital**

**a través de la documentación médico forense**

**médico asistencial previa y meteorológica**

**(1989 -1991)**

*Autora: Consuelo Fernández Astiz*

*Director: Prof. Dr. A. Calcedo Ordoñez*



CIUDAD UNIVERSITARIA  
TELEF. 394 14 97  
FAX 394 15 06  
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE  
LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE DE MADRID**

**CERTIFICA:**

que el trabajo de Tesis Doctoral "**El suicidio consumado en Madrid capital a través de la documentación médico forense, médico asistencias previa y meteorológica (1989-91)**" realizado por D<sup>a</sup> Consuelo FERNÁNDEZ ASTIZ bajo mi dirección, reúne los requisitos necesarios para ser presentado y defendido públicamente ante Tribunal para optar al Grado de Doctor.

Lo que firmo en Madrid, a seis de Septiembre de mil novecientos noventa y cuatro.



"No existe tesis doctoral sin agradecimientos"

Gracias al **Profesor Calcedo Ordoñez, Catedrático y Director del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid**, por su interés y encomiable apoyo, sin el cual hubiera sido imposible el planteamiento y realización de este trabajo. Gracias por su exigencia y dedicación.

Gracias a **mi marido** porque a él se debe el diseño gráfico la maquetación y la corrección de pruebas del presente volumen, por su estímulo y su paciencia. A él y a mis hijos les pido perdón por los sacrificios impuestos a lo largo de estos años.

Gracias al **Instituto Anatómico Forense de Madrid**, y en especial a su Director, **Dr. Abenza Rojo**, que ha puesto todos los medios a su alcance, para facilitar el trabajo de recogida de datos; por la amabilidad del personal de Secretaría y el buen hacer de las Asistentes Sociales.

Gracias a los que concedieron las autorizaciones necesarias y facilitaron la investigación en el terreno judicial y sanitario.

Gracias al **Sr. Mantero Sáez**, Jefe del Departamento de Biometeorología del Instituto Meteorológico Nacional, que amablemente me atendió y facilitó las variables climáticas. Así como al **Sr. Don Juan Miguel Rios Gómez**, Jefe de organización del Instituto Meteorológico, que me permitió el acceso a dicho Instituto.

Gracias al Dr. en Matemáticas **Don Pedro Cuesta**, Director del Departamento de ayuda a la investigación del Centro de Cálculo de la Universidad Complutense de Madrid, por su colaboración y trabajo en el tratamiento estadístico de los datos mediante los programas BMDP y SPADS.

Gracias al Dr. Ingeniero **Don Antonio Martín Díaz**, por el diseño de la base de datos, por su disponibilidad y colaboración.

Gracias a **mis padres**, que día tras día me han ayudado, a ellos se lo dedico.

## I. INTRODUCCIÓN

El fenómeno conocido como suicidio no es ajeno a ninguna cultura ni época histórica.

En cada una de ellas es expresión del entorno social en el que se lleva a cabo.

Actualmente, en Europa, es el responsable del 0,5 al 1 % del total de defunciones, con una prevalencia del 3 al 5 % para los mayores de quince años.

En España, en 1987, se alcanzó una tasa del 5,4/100.000 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística.

Según estudios posteriores en nuestra comunidad fue del 8,9/100.000<sup>1</sup>.

### 1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 1.1. MODELOS TEÓRICOS: SUICIDOLOGIA

La suicidología o el estudio científico del suicidio, mediante un abordaje multidisciplinar del mismo, ha permitido mejorar nuestra comprensión del fenómeno. Aunque las variadas interpretaciones ideológicas subyacentes impiden la claridad y uniformidad en el empleo de los términos.

De forma breve se pueden resumir en dos abordajes distintos del mismo fenómeno.

##### 1. MODELO DICOTOMICO:

Representado por Stengel, Cook y Kreege<sup>2</sup>.  
Diferencian dos grupos de sujetos:

- Los que consuman su suicidio.
- Aquellos que realizan tentativas múltiples.

En cada grupo no es posible hablar de "tipos humanos" semejantes, aunque poseen características diferenciales con los del otro, que aconsejan su abordaje por separado.

Tradicionalmente los que lo consuman son adultos, varones, incapaces de una implicación afectiva duradera, con experiencias vitales negativas, una gran frecuencia de alteraciones mentales, y sobre todo que utilizan métodos violentos.

Los que realizan tentativas son más jóvenes, mujeres en su mayoría, poseen una vulnerabilidad emocional relacionada con su historia vital, o bien, trastornos de personalidad, y sobre todo: utilizan métodos pasivos, es decir con menor capacidad letal y que exigen menor voluntariedad en el acto.

Estos se corresponden con los parasuicidios de Kreitman.

Estudios posteriores (Kastching<sup>3</sup>), diferencian dos tipos de sujetos dentro de las "tentativas de suicidio" del modelo dicotómico:

El primero, con una baja probabilidad de morir, en el que el acto pertenece a una "estrategia vital" frente al conflicto de carácter patológico.

El segundo que esta formado por meros supervivientes del suicidio anterior. Por lo tanto, con una mayor probabilidad de conseguirlo en la próxima ocasión, siendo el suicidio la expresión de un proceso morboso.

## 2. MODELO UNITARIO:

Estaríamos ante distintos grados de un mismo fenómeno:

En la "ideación suicida", la "tentativa suicida" o la "consumación" encontraríamos un mismo deseo de morir, que evoluciona de forma crónica en el individuo y cuya expresión depende de las circunstancias ambientales y biográficas del sujeto.

Farberow<sup>4</sup> clasifica las conductas autodestructivas en dos tipos:

Directas: son conscientes y se expresan con el suicidio consumado y la tentativa suicida.

Indirectas: Inconscientes, no se reconocen como tales y se corresponden según Sarró<sup>5</sup> con el equivalente suicida planteado por Menninger<sup>6</sup>.

A la hora de las definiciones es difícil el consenso:

La OMS en 1969 define el suicidio como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil.

En el informe del Grupo de trabajo de la OMS el suicidio quedó definido como el acto suicida con desenlace mortal y el intento de suicidio como el mismo acto cuando no causa la muerte.

Tanto un modelo como otro no son exhaustivos sino más bien complementarios si se pretende una investigación seria del fenómeno.

Dice Sarró: "Comprender el suicidio es tan difícil como comprender la vida".

Podemos llegar a entender un suicidio, en función de nuestra ideología, escala de valores o formación intelectual, de igual

forma que entendemos la trayectoria vital de un sujeto concreto; pero si pretendemos generalizar, el concepto pierde su carácter de tal. (ver Schneidman<sup>7</sup>)

## 1.2. SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA

Aunque el suicidio interesa como fenómeno a todas las parcelas del saber humano, siendo susceptible de ser abordado desde ellas, siempre es un acontecimiento médico desde cualquiera de sus acepciones.

Tarde o temprano la conducta suicida se encuentra en el sistema asistencial sanitario y por tanto el abordaje desde este es fundamental.

Si bien es cierto que no todo suicidio es producido por una psicopatología, sí lo es, que el problema tradicionalmente ha sido abordado por la Psiquiatría, y aunque, en el mismo, se encuentren involucrados profesionales sanitarios y judiciales, se recurre para su comprensión al especialista en psiquiatría.

En palabras del profesor Calcedo: "El suicidio consumado es una conducta influida por una serie de factores de índole intrínseca y extrínseca. Entre ellos destaca la patología psiquiátrica como un factor de riesgo interno cuya importancia no está aún del todo definida".

Esta patología sobre el acontecimiento del suicidio puede ser mediata o inmediata, siendo preciso, por tanto, la realización de una "autopsia psicológica" para definir cuando el suicidio es una mera "noticia" en el marco de la enfermedad y cuando es "su consecuencia".

Pero a lo largo de la historia ha sido considerado desde múltiples prismas influenciado por los valores sociales del medio en el que se lleva a cabo y hasta el siglo pasado no se relaciona el suicidio con la enfermedad mental.

Cada sistema social tiene sus héroes y tiene sus víctimas, entre unos y otros el suicida nos informa (por sus causas, sus métodos y la interpretación que de él haga el entorno) de lo que, en esencia, es esa sociedad.

## 1.3. EL SUICIDIO A LO LARGO DE LA HISTORIA

Tenemos constancia de los suicidios históricos, es decir, de aquellos asociados a una acción histórica importante o a un personaje célebre: el suicidio de un héroe, o de un traidor, en el campo de batalla o por fidelidad a unos principios.

Generalmente el suicidio que nos ha sido transmitido en las crónicas tiene un sentido heroico en concordancia con los valores

éticos y morales de la época en que se produce.

Es el suicidio altruista de Sansón, para derrotar a sus enemigos, por ejemplo, que a su vez tiene su correlato en el lejano oriente, entre los celtas, o más cercanos en el tiempo las misiones suicidas en acciones bélicas de este siglo, por citar algunos ejemplos.

Tras la traición el suicidio es la única salida digna: Ajitófel traiciona a David y se ahorca. Séneca fracasada la conjura de los Psisiones y habiendo sido condenado a muerte se corta las venas.

Cuando se produce la derrota en el campo de batalla Marco Antonio se quita la vida.

Los seguidores de Confucio se suicidan tras la quema de sus libros por el emperador Chi-Koan-Ti y en Japón el hara-kiri era práctica habitual entre los samurais.

En los infrecuentes suicidios colectivos, las motivaciones no varían en mucho de las de los suicidios individuales, siendo ejemplos de ellos: los de la ciudad de Sagunto tras la conquista, o por motivaciones religiosas (India, Canarias, algunas sectas cristianas de los primeros siglos).

A menudo el suicidio era la expresión suprema de un modo de pensar:

Séneca afirma: "Es más deseable una hermosa muerte que una larga vida".

En la Grecia clásica y en Roma, por ejemplo, no estaba mal visto el suicidio, incluso determinadas corrientes filosóficas, entre ellas los estoicos y epicúreos lo señalaban como una forma de muerte preferible a otras.

Si bien, en la doble moral romana, era un privilegio que no podía permitirse a los esclavos o a los soldados.

La persecución del suicida se inicia en la era cristiana:

Como contestación a la búsqueda del martirio para alcanzar la eternidad el suicidio empieza a ser severamente reprimido.

En el siglo V en el concilio de Arlés se declara su inspiración demoníaca y unos 100 años después, en otro Concilio, se dictan distintas penas para combatirlo.

En la Edad Media el suicida deja de ser enterrado en tierra consagrada y acarrea el deshonor sobre él y su familia.

Con el Renacimiento resurge la defensa del suicidio desde el pensamiento más avanzado de la época.

La idea del derecho a la muerte voluntaria aparece am-

pliamente recogida en la época de la Ilustración, siendo Voltaire un claro exponente.

Rousseau, romántico temprano, hace lo propio.

En el siglo XIX la literatura presenta un gran número de suicidios como manifestación del pensamiento de la época llevando a la muerte voluntaria a muchos de sus autores: Maupasant, Larra, por citar algún ejemplo.

El influjo de Schopenhauer y posteriormente de Nietzsche se deja notar en la interpretación del suicidio como acto último de libertad del ser humano que perdura hasta nuestros días.

Simultáneamente el concepto de enfermedad mental como causa mediata del suicidio va tomando auge, siendo de gran importancia en su desarrollo los estudios de la escuela francesa (Esquirol).

Hasta aquí la referencia al suicidio era meramente ideológica, moral. A partir de aquí va a ser abordado como tema de estudio científico.

A finales del siglo XIX ve la luz una obra clásica, de referencia obligada : "El suicidio" de Durkheim.

Este autor es el iniciador de la sociología científica.

Durkheim describió cuatro tipos básicos de suicidio: El ANÓMICO y EL EGOÍSTA producidos por un defecto en la integración social y EL ALTRUISTA y EL FATALISTA de causa contraria a los anteriores.

Para él no existe un solo tipo de suicidio sino "suicidios" variando sus causas desencadenantes.

Entre sus conclusiones cabe destacar la mayor frecuencia de suicidios entre los varones, el aumento de su frecuencia con la edad, sobre todo de los separados y solteros y que los grandes trastornos sociales reducen la tasa de suicidio.

Para Freud es producto de la civilización. Cada persona posee una tendencias autodestructivas que nos convierten en vulnerables, la agresividad y la hostilidad contra uno mismo naciendo del subconsciente se expresarían en la consumación del suicidio. El instinto de muerte es paralelo al instinto sexual o de vida (ver Milch<sup>o</sup>).

Menninger clasificó dichos componentes agresivos en "deseo de matar", "deseo de ser matado" y "deseo de morir". Describió tendencias autodestructivas en conductas, que en principio, no son consideradas tales. La automutilación y la policirugía estarían entre los suicidios focales y el alcoholismo, la conducta antisocial, el ascetismo etc. como un suicidio crónico.

Ringel a partir de su descripción de tentativas de suicidio describió el "síndrome presuicida" caracterizado por aislamiento

situacional que condiciona la inhibición de la agresividad hacia los demás volviéndose indefectiblemente contra el sujeto, acompañándose de fantasías de muerte y huida de la realidad.

Sentadas de forma somera las bases de nuestro actual planteamiento del suicidio desde la perspectiva científica pasaremos a recoger la visión del hecho desde la perspectiva legal.

#### 1.4. IMPLICACIONES LEGALES DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

Ya en el Código de las Siete Partidas, en el siglo XIII, se penaliza la ayuda al suicidio.

Cien años después, bajo el reinado de Alfonso XI, se ordena confiscar los bienes a los suicidas. Reduciéndose la pena durante el reinado de Enrique III a aquellos casos en que no hubiera descendientes directos.

Actualmente el artículo 409 del Código Penal castiga el acto de inducir o prestar auxilio a otro para que se suicide.

Este artículo, en su redacción, proviene del Código Penal de 1928.

El tema del suicidio se encuentra escasísimamente regulado por nuestros textos legales, requiriendo acudir a otras vías para poder extraer conclusiones.

El único precepto que se refiere al directamente al suicidio es, como ya se ha mencionado, el artículo 409 del Código Penal:

"El que prestare auxilio a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor (de 6 años y un día a 12 años); si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor" (de 12 años y un día a 20 años).

Como puede apreciarse, el hecho mismo del suicidio, como decisión personal, es impune y sólo se castiga el auxilio o la inducción al suicidio y se hace con penas, que para el caso de auxilio positivo, son idénticas a las que previene el artículo 407 del mismo texto legal para el homicidio: reclusión menor.

También pueden extraerse conclusiones, como luego veremos de los siguientes preceptos de nuestra Constitución Española (en adelante C.E.):

#### Derecho a la libertad:

#### Artículo 1 C.E.:

"España se constituye en un estado social, democrático

de derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico, la libertad, la justicia..."  
Artículo 10 C.E.

**Derecho a la vida:**

Artículo 15 C.E.:

"Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

**Derecho a la sanidad:**

Artículo 41 C.E.:

"Los poderes públicos mantendrán un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones suficientes, ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo, la asistencia y prestaciones complementarias serán libres"

Artículo 43 C.E.:

1. "Se reconoce el derecho a la protección de la salud".

2. "Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto."

**Derecho a la dignidad:**

Al redactar esta tesis, se han encontrado no pocos obstáculos por parte de las administraciones públicas, invocando el derecho a la dignidad y la propia imagen del difunto y sus familiares, dificultando enormemente el desarrollo de este trabajo.

No obstante, justo es reconocer la existencia e interés del derecho a la dignidad recogido en el

Artículo 10 C.E.:

"La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de la personalidad... son fundamento del orden político y de la paz social."

Asimismo aborda las consecuencias del suicidio la Ley de Enjuiciamiento Criminal (L.E.Cr.) cuando dispone el levantamiento del cadáver por la comisión judicial, en los supuestos de muertes presumiblemente violentas.

En defecto de regulación legal, cabe acudir, a lo que el Código Civil, es su artículo primero, llama otras "Fuentes del Derecho" y estas son:

"La ley, la costumbre y los principios generales del derecho...

La jurisprudencia complementará el ordenamiento jurídico con la doctrina, que de modo reiterado, establezca el Tribunal Supremo al interpretar y aplicar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho".

Nuestro Tribunal Supremo no se ha pronunciado directamente sobre el tema objeto de estudio hasta el momento, si bien, en el tratamiento de otras cuestiones ha emitido conclusiones que en algún modo pueden ser trasladables.

Así en la reciente Sentencia de su Sala 4ª, de 14 de abril de 1993, cuando se le planteaba una pretensión de reintegro de gastos médicos consiguientes a la asistencia prestada en un Centro ajeno a la Seguridad Social, como consecuencia de la negativa del beneficiario a admitir la posibilidad de que le fuera practicada transfusión de sangre, que los facultativos prevenían eventualmente, negándose en base a su condición de miembro de la confesión religiosa "Testigo de Jehovah" y en cuya virtud solicitó el alta voluntaria en el centro público, para luego ser operado en otro privado.

También se ha pronunciado, en dos ocasiones el Tribunal Constitucional, Sentencias 120/1990 y 137/1990, con motivo de la huelga de hambre que siguieron varios presos pertenecientes al GRAPO.

Se decía en estas Sentencias que el derecho a la vida tiene:

"Un contenido de protección positiva, que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquella fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del "agere licaere", en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público...

En virtud de ello, no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15, el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coactiva es contraria a ese derecho constitucionalmente inexistente."

Las implicaciones legales del suicidio llegan mucho más allá: el médico y en particular el psiquiatra son objeto de

demandas judiciales, por negligencia, ante el suicidio de un paciente.

Aunque el tema es muy interesante no es objeto de nuestro estudio sirviendo como referencia algunos artículos de reciente publicación (Ver Maltsberger<sup>9</sup>).

### 1.5. ESTADÍSTICAS OFICIALES EN RELACIÓN AL SUICIDIO

Según el Anuario Estadístico de la Comunidad Autónoma de Madrid<sup>10</sup> elaborado a partir de los datos existentes en Instituto Nacional de Estadística en los tres años: 1989, 1990 y 1991 se produjeron en nuestra comunidad autónoma 651 actos suicidas. De los cuales, 554 fueron suicidios consumados.

AÑO	COMUNIDAD AUTÓNOMA				ESPAÑA
	1988	1989	1990	1991	1991
<b>TOTAL</b>	247	225	204	222	2599
<b>Consumados</b>	217	180	182	192	2243
<b>Tentativa</b>	20	27	4	9	224
<b>No consta</b>	10	18	18	21	132

(Tabla I- 1.: Número de conductas suicidas desde 1988 hasta 1991 según el Instituto Nacional de Estadística).

AÑO	COMUNIDAD AUTÓNOMA				ESPAÑA
	1988	1989	1990	1991	1991
<b>HOMBRES</b>	162	179	142	154	1879
<b>Solteros</b>	55	66	47	46	618
<b>Casados</b>	68	72	53	68	806
<b>Viudos</b>	19	17	15	12	109
<b>Divorciados</b>	5	7	7	6	69
<b>No consta</b>	15	17	20	22	196
<b>MUJERES</b>	85	86	58	66	714
<b>Solteras</b>	27	23	11	22	170
<b>Casadas</b>	25	37	27	17	259
<b>Viudas</b>	16	15	12	19	174
<b>Divorciadas</b>	5	2	5	1	18
<b>No consta</b>	12	9	3	7	93

(Tabla I- 2.: Distribución por sexos y estado de los sujetos con conducta suicida entre los años 1988 y 1991, según el Instituto Nacional de Estadística).

Del total de suicidios consumados (según las estadísticas oficiales) 475 correspondieron a varones y 210 a mujeres. De lo que se deduce una razón Hombre/Mujer igual a 2,26.

En su clasificación según el estado civil las mujeres

solteras sobrepasan en más del triple a las casadas. Mientras que para los varones es más frecuente el estado civil: casado.

Estos resultados no se corresponden con la generalidad de las estadísticas elaboradas a partir de investigaciones científicas del tema<sup>11 12 13</sup>).

Ya en 1978 Corbellá y sus colaboradores<sup>14</sup> aceptaban que las cifras oficiales eran inferiores a las reales, atribuyéndolo a la intención de disimular este tipo de muertes por parte del entorno familiar y social, o bien, por la dificultad de interpretar correctamente determinadas muertes.

Sarró citando a Aranda habla de una falta de voluntad política en la investigación. Es cierto que sería precisa la desvinculación de la recogida estadística de los expedientes judiciales. Separando la recogida de los datos de los intentos de suicidio de los suicidios consumados se podría dar mayor fiabilidad a los primeros.

Cuanto mas rigurosa es la recogida de los datos más elevada es la tasa de suicidio. Siendo, según esta autora, la tasa de población en riesgo de 16/100.000/año.

Por tanto: como primera condición habra que explorar correctamente la variable "Suicidio" en nuestro medio, dado que los datos recogidos oficialmente no parecen corresponderse con los reales.

## **1.6. APROXIMACIÓN ACTUAL AL FENÓMENO "SUICIDIO CONSUMADO"**

Veamos ahora la situación actual del problema, a partir de los trabajos de distintos investigadores, catalogándolos en función de lo que denominaremos FACTORES DE RIESGO SUICIDA PSICOLÓGICOS Y SOCIALES PARA EL SUICIDIO CONSUMADO y que no es otra cosa que sistematizar de alguna forma las conclusiones planteadas por otros autores:

### **FACTORES DE RIESGO SUICIDA, GRUPOS DE RIESGO PARA LAS DISTINTAS CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS Y EN ESPECIAL PARA EL SUICIDIO CONSUMADO.**

#### **1.6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DEL SUJETO SUICIDA**

##### **SEXO Y EDAD**

En general la razón: Varón/mujer es de 2,5 a 3, variando en las distintas zonas geográficas europeas con una notable tendencia a disminuir en los países del Norte y a aumentar en los del Sur, aunque autores como Ceccherini<sup>15</sup> describen un aumento en la tasa de suicidios entre las mujeres mientras que para los hombres se mantiene constante en los últimos 10 años.

Selectivamente se produce un aumento del índice de suicidios entre los sujetos de 25 a 34 años.(Platt<sup>16</sup>). Sobre todo si son varones (Mc Alpine<sup>17</sup>).

En Hungría es más frecuente para los hombres en la edad media de la vida igualandose en los jóvenes y en los ancianos para ambos sexos. (Ozsvázt<sup>18</sup>)

En los países nórdicos ha aumentado el riesgo de suicidio para las mujeres, mientras que el aumento para el sexo masculino se limita al rango de edad entre los 15 y 49 años. (Korczak<sup>19</sup>)

Para Demeter<sup>20</sup> el aumento del suicidio femenino crece paralelo a la edad, en el hombre, sin embargo, el inicio de la década de los 30 y la de los 50 señala dos picos en la curva, la tasa, por edad, aumenta de manera continua a partir de los 70 años para los varones.

Diekstra<sup>21</sup> señala también el aumento de incidencia del suicidio en jóvenes no solo para Europa sino también para distintos países latinoamericanos y asiáticos.

La incidencia más alta se encuentra en los mayores de 65 años, en todos ellos.

En España la relación hombre/mujer es de 3 a 1., variando notablemente según las comunidades Autónomas y el sistema de recogida de los datos.(Ver De las Heras<sup>1</sup>).

En todo el mundo las tentativas son más frecuentes en las mujeres y los suicidios consumados en los hombres.

La distribución por edades para la tentativa es según el estudio multicéntrico WHO<sup>22</sup> la siguiente: Más elevada para el sector de edad comprendido entre los 15 y los 34 años, siendo las tasas más bajas para los mayores de 55.

La razón mujer/varón es positiva en todos los centros estudiados excepto en Helsinki en que es inversa. La misma se distribuye en el rango entre el 0,7 y el 2,15 con una media de 1,5:1 sucesos.

En Canadá McNamee<sup>23</sup> observa tres grupos de riesgo según la edad: Hombres mayores de 70 años y entre los 20 y 24 y Mujeres entre los 65 y los 69.

#### ADOLESCENTES

En relación a los adolescentes en todas los países se verifica un aumento de la tasa tanto del suicidio consumado como de las tentativas.

En EE.UU. es la segunda causa de muerte entre los 5 y los 19 años<sup>24</sup>.

Ahmadi<sup>25</sup> en su estudio comparativo sobre las conductas autodestructivas en el estado de Connecticut comparado con otros estados señala que en los últimos treinta años ha aumentado la incidencia anual en un 191%. En relación a los sexos sigue la tónica dominante de un mayor riesgo de consumir su suicidio en los varones mientras que las chicas se mantienen en las tentativas con alta relación de ingresos por este motivo. Entre los estudiantes la ideación suicida ha aumentado del 11 al 66% y los intentos del 3 al 15%. Este riesgo aumenta en las áreas rurales.

Alrededor del 80% de ellos han comentado su suicidio en los días, semanas o meses anteriores a la consumación (Pfeffer<sup>26</sup>).

Parece muy importante la existencia de situaciones de stress vital, sobre todo de pérdida de relaciones interpersonales concretas, en el último mes previo al suicidio. Encontrándose en un 70% circunstancias explicativas del suicidio en las últimas veinticuatro horas anteriores a cometerlo, hecho que no aparece en los estratos de edad más avanzada (Marttunen<sup>27</sup>).

#### ANCIANOS

Es admitido por la mayoría de los autores que los ancianos poseen el mayor porcentaje de suicidios consumados, si bien entre ellos no ocupa los primeros puestos entre las causas de muerte.

Tienen un mayor empeño en morir, como se deduce de su utilización de métodos más violentos.

La evolución según la edad de los sentimientos con respecto al suicidio se traduce en las cifras reales: de los cincuenta a los sesenta, los hombres adquieren un mayor sentimiento negativo con respecto al propio suicidio, mientras que en las mujeres este se vuelve positivo ("sería probable que me matase"). A partir de los hombres y mujeres igualan su vivencia del propio suicidio en favor de este.

Entre las causas determinantes se encuentran la pérdida de esperanza, la enfermedad orgánica grave, la soledad, el abuso del alcohol y las enfermedades mentales del tipo depresivo<sup>28</sup>.

#### RAZA

Gibbs<sup>29</sup> plantea que las supuestas diferencias raciales están ligadas a factores socioculturales.

#### ESTADO CIVIL

El estado civil juega un papel importante pero todos destacan que lo hace en virtud de su relación con otras variables como sexo, edad, aislamiento social o psicopatología.

Esta influencia tiene más importancia en el hombre que en la mujer (Davidson<sup>30</sup>). Para este mismo autor las variables más

relacionadas con la mujer eran el divorcio y la actividad laboral.

De alguna forma la ruptura de la pareja que conlleva el estado de divorciado puede expresar una psicopatología de base, que aumentaría el riesgo suicida.

En general parece más frecuente entre los sujetos que no viven en pareja.

### SITUACIÓN LABORAL

Tradicionalmente se ha relacionado el desempleo con el suicidio. Platt<sup>31</sup> encuentra una relación directa entre desempleo y suicidio.

En su estudio sobre suicidio por sobredosis tras siete años de estudio, Harvey<sup>32</sup> sólo encuentra en un 2% el desempleo o las dificultades económicas.

En relación a las sujetos con múltiples tentativas de suicidio Bronisch<sup>33</sup> señala la gran influencia del desempleo en ellas, siendo este de larga duración.

En Italia un estudio llevado a cabo por Crepet<sup>34</sup> parecía demostrar que la tasa de suicidio entre los desempleados era el doble que entre la población trabajadora: fundamentalmente para los hombres. En sus consideraciones hace hincapié en la hipótesis de Platt acerca de la importancia social que la pérdida de trabajo tenga: Si esta se relaciona directamente con la incapacidad del individuo para conseguir y/o mantener un empleo o bien, es fruto de una crisis económica que afecta al individuo independientemente de sus características personales.

Kreitman<sup>35</sup> citando a Boor (1980) destaca que la correlación desempleo-suicidio es positiva en: U.S.A., Francia, Japón y Canadá. Negativa en Gran Bretaña y cero en Italia para el período desde 1962 hasta 1975.

En Francia Davidson y Choquet observan la relación significativa sólo para las mujeres, no aumentando para los hombres mayores de cuarenta años, hecho no comprobado por otros autores.

Para Jones<sup>36</sup> el desempleo tiene una relación positiva con el autoenvenenamiento, si bien señala que debe existir otra tercera variable independiente no determinada que hace a esta relación tan positiva.

McAlpine (ver nota bibliográfica n°16, 17) encuentra relación con el suicidio entre los desempleados en uno de los estudios de más larga duración: treinta años (analizados retrospectivamente), ahora bien, esa relación no es estadísticamente significativa.

En Leeds (Inglaterra) se observó en el período entre 1978

y 1982 una relación positiva entre el desempleo y el suicidio sólo entre los trabajadores varones de más de 55 años y menos de 59. No así para los de mayor edad ni para las mujeres<sup>37</sup>.

Tras estos resultados no parece fuera de lugar la afirmación de la mayoría de los autores de que desempleo y suicidio tienen una relación no directa sino mediatizada por las características socioeconómicas del país y la época en la que se produce.

## **PROFESIÓN**

Mehlum<sup>38</sup> en su estudio sobre los militares noruegos señala que es alta en la instrucción básica, generalmente asociado a alteraciones psiquiátricas, abuso de alcohol y drogas, o alteraciones de la personalidad. El intento de suicidio conlleva la separación de la instrucción de forma inmediata. El suicidio en general es menor que en la población civil a igualdad de otras condiciones.

Para Conroy<sup>39</sup> los hombres en el servicio militar, agricultores y trabajadores de la industria pesquera tienen los índices más altos de suicidio en el lugar de trabajo.

De igual forma se pronuncia Liu<sup>40</sup> en cuyo estudio el rango más alto lo tiene el sector de la construcción y el más bajo los funcionarios públicos.

Sarró citando a De la Cruz y a ella misma<sup>41</sup> indica que el porcentaje entre las estudiantes de medicina es más alto que entre otras mujeres de su misma edad. En general para este colectivo la prevalencia del suicidio es mayor siendo el método utilizado el medicamentoso. Cita como factores predisponentes el acceso más fácil a sustancias, tensiones profesionales y/o conflictos personales.

## **ANTECEDENTES PERSONALES DE PERDIDA TEMPRANA DE UN PROGENITOR ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO. VIVENCIAS NEGATIVAS EN LA INFANCIA.**

Kosky<sup>42</sup> encuentra significativa la relación entre el intento de suicidio de los adolescentes varones por él estudiados y la experiencia de pérdida temprana, frente a los que padecen una ideación suicida.

Para Van der Kolk<sup>43</sup> la infancia traumática y la experiencia del abandono por parte de los progenitores se encuentra en el origen de comportamientos autodestructivos en el adulto: Abuso físico y/o sexual en la primera infancia se encuentran significativamente aumentadas en sujetos con intentos de suicidio o suicidio focal. Situaciones de estrés social, angustia o pérdida

de la seguridad pueden precipitar la aparición de estos episodios.

Rey<sup>44</sup> redonda en este hecho poniendo de manifiesto la importancia que los abusos de todo tipo en la infancia tienen en los suicidios de los adolescentes.

En el 26,3% se encuentra la pérdida de alguno de los progenitores en el estudio de Fleischhacker<sup>45</sup> en Austria entre los sujetos ingresados por intento de suicidio.

Hay que tener en cuenta que esta relación parece más obvia entre los sujetos englobados en la categoría de "tentativa suicida" y menos en la de suicidio consumado.

En parte, por la psicopatología acompañante de forma más frecuente a este fenómeno (distimias, alteraciones de la personalidad).

Para Montejo<sup>46</sup> la mayor susceptibilidad al suicidio se relaciona con los trastornos afectivos que estarían involucrados con los antecedentes de suicidio entre los familiares próximos del sujeto.

Según algunos autores la tendencia a la conducta autodestructiva se aprende, de ahí la mayor frecuencia de conductas de este tipo en el entorno familiar del individuo que las presenta. Es una forma de reaccionar ante situaciones de conflicto, dirigiendo la agresividad contra uno mismo antes que contra el entorno.

Sorenson <sup>47</sup> señala la significancia estadística de la relación suicidio en miembros próximos de la familia/suicidio del sujeto: Una de cada cuatro personas que intenta suicidarse tiene antecedentes familiares de suicidio, por sí mismo este hecho influye, sumándose su efecto a otros si además es mujer y vive sola.

La forma en que el grupo social responda ante este tipo de conductas va a determinar su aparición en los sujetos más lábiles, de ahí la extraordinaria frecuencia del suicidio imitativo de los adolescentes (Schmidtke<sup>48</sup>, Daniels<sup>49</sup>).

## **AISLAMIENTO SOCIAL**

En general la tasa de suicidio para los emigrantes es mayor que para la población de la misma edad en el país de origen o para la del país que les acoge.

Parece relacionada con el aislamiento psicológico producido por el desconocimiento del idioma, pérdida de razones culturales y existencia de un núcleo social reducido que le acoja. (Lester<sup>50</sup>).

## HOMOSEXUALIDAD

Parece asociado una mayor tendencia al suicidio entre sujetos homosexuales que entre el resto de la población, al menos en el estudio de las conductas autodestructivas (ideación, tentativas, suicidio focal) que no conducen inmediatamente a la muerte.

Entre los homosexuales Schneider<sup>51</sup> encuentra un gran aumento de estas conductas, con mayor índice de intentos suicidas en el período en el que aún no esta plenamente consolidada la condición homosexual del sujeto, lo atribuye a presiones familiares y sobre todo al aumento de situaciones límite en el campo social e interpersonal más próximo del individuo. Si pertenece a una minoría étnica el riesgo de suicidio aumenta<sup>52</sup>.

### 1.6.2. CARACTERISTICAS DEL SUICIDIO

#### MÉTODO

La elección del método depende de que sea de fácil acceso por parte del suicida, de condiciones socioculturales y de su intención de muerte.

Schmitt<sup>53</sup> en su comparación de poblaciones suicidas por el tipo de método empleado (mayor o menor carácter letal), señala que los sujetos que emplean métodos más "duros" poseen en mayor medida una patología psiquiátrica, su autoestima es menor, su medio social esta desintegrado y evolucionan a la autodestrucción en un período de tiempo mas corto.

En el mismo contexto, Hamdi<sup>54</sup> relaciona los métodos más violentos con la edad avanzada, las psicopatologías graves, siendo la soledad y la falta de esperanza más clara en estos individuos que aquellos en los que el método fue menos eficaz en los que predominaba la angustia y/o la frustración.

El suicida elige el método en función de la accesibilidad que tenga a él. En los últimos años se ha planteado la eficacia de la restricción de determinados métodos y su influencia positiva en la disminución de la tasa global de suicidios (Kreitman (ver nota bibliográfica:35)).

En el mismo sentido Lester<sup>55</sup> habla de la disminución en el uso de hipnóticos y sedantes cómo método de suicidio en base a las restricciones para su prescripción en Japón. Esta disminución no se ha acompañado del aumento en el uso de ningún otro método.

Aunque otros autores difieren de estos resultados (ver Wiedenman<sup>56</sup>).

### **INCINERACION**

En la provincia de Ontario (Canadá) la autoincineración constituye el 1% del número total de suicidios<sup>57</sup>.

No existe una clara preferencia de determinadas edades por este método. Sí, en relación al sexo siendo predominantemente un método masculino.

El 50% de los sujetos tenían un diagnóstico de patología mental previo.

Burns<sup>58</sup> en su estudio sobre el total de ingresos por quemaduras en un Centro especializado, señala que el suicidio por este método corresponde al 0,67% del total de los ingresados. La proporción de enfermos psiquiátricos entre ellos es del 60%. La Depresión Mayor, seguida de la Esquizofrenia son los principales diagnósticos.

En Asia es un método muy extendido, no así en Europa.

### **ARMA DE FUEGO**

En los países en que el uso de armas de fuego está extendido es mucho más frecuente, por ejemplo U.S.A.. Allí es un método que selectivamente emplean los hombres (ver notas bibliográficas: 16, 17).

La mujer es poco partidaria de utilizar este método.

### **SUMERSIÓN**

Este método esta relacionado con la psicopatología grave, en especial con la esquizofrenia (46%).

### **PRECIPITACIÓN**

En Australia la precipitación está asociada en el 58% a la existencia de graves trastornos de la personalidad<sup>59</sup>

Lo mismo ocurre en Japón. En nuestro país es el método más frecuente entre los suicidios consumados.

### **INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS**

Tras un análisis de supervivencia Leon y Friedman<sup>60</sup> señalan que, tras cada intento de suicidio previo, el riesgo relativo

aumenta en un 32%.

No solo aumenta el riesgo de repetir el intento sino de que este sea mortal (Lupo<sup>61</sup>).

Según aumenta la edad y mayor la letalidad del intento mayor porcentaje de suicidio consumado se producirá en la siguiente ocasión<sup>62</sup>.

Si el individuo que consuma su suicidio tiene intentos previos, estos serán por sobredosis medicamentosa, o colgadura y nunca por arma de fuego, que evidentemente es un método más letal. A partir de un estudio sobre este tema Salamon<sup>63</sup> concluye que el mayor acceso a las armas de fuego en Francia condicionará un aumento de suicidios consumados, dado que aquellos que son consecuencia de un acto impulsivo y no meditado, en general, no serán reversibles si el método es el arma de fuego.

Romacho<sup>64</sup> apunta que el mayor número de reincidencia se produce durante el primer año tras el intento.

### 1.6.3. CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

#### PSICOPATOLOGIA

En el seno de la psicopatología existen dos tipos de suicidio: el del sujeto con desórdenes afectivos, que con frecuencia es mujer de una edad media, posee intentos previos por sobredosis de fármacos y lo consigue por un método más violento tras al menos dos previos.

El otro tipo se imbrica en el seno de una psicopatología grave con gran deestructuración personal del sujeto. Generalmente este es varón de una edad joven y los métodos son violentos, incluso poco usuales en su entorno, la falta de premeditación puede ser el motivo de que exista algún intento previo.

El suicidio en los enfermos mentales irrumpe en un contexto social deestructurado, los sujetos tienen un escaso soporte social. Si el individuo suicida no tiene antecedentes psiquiátricos, con gran frecuencia, el suicidio se produce ante una ruptura abrupta de la biografía del sujeto o al menos tras una secuencia de acontecimientos rápida<sup>65</sup>.

Pokorny en 1964 afirmaba: "el suicidio de pacientes depresivos es tres veces más alto que para otros diagnósticos" (ver nota bibliográfica? ).

Para Helgason la causa más frecuente de muerte entre los maniaco depresivos es el suicido (ver nota? )

Según Demeter (notas 20, 121) un diagnóstico de enfermedad mental se encuentra en el 93 % de los sujetos que han consumado su suicidio. El mismo autor refiere que las cifras, por él encontradas en Hungría no difieren de las presentadas por otros

autores (Barraclough<sup>66</sup>, Khuri<sup>67</sup>, Robins<sup>68</sup>, etc.).

La patología más relacionada con el suicidio corresponde a los desórdenes afectivos, en especial a los estados bipolares, seguidos de la depresión mayor.

Estos pacientes tienen una mayor tendencia a intentarlo varias veces antes de consumarlo (Ver Harvey nota bibliográfica 32).

En el hospital psiquiátrico la edad de suicidio presenta una clara contradicción con lo hallado en la población general: aquí predominan los jóvenes siendo la categoría con más frecuencia la que va desde los 20 a los 40 años. (Wolfersdorf<sup>69</sup>)

En pacientes depresivos Stenstedt<sup>70</sup> describió un gran aumento de los hombres, Perris<sup>71</sup> sólo una ligera tendencia y Till<sup>72</sup> lo desplaza a favor de las mujeres. Los estudios tradicionalmente han concedido un mayor riesgo al aumentar la edad. (Robin<sup>73</sup>)

En la esquizofrenia Modestin<sup>74</sup> refiere edades más tempranas de suicidio que en las otras patologías mentales.

Entre las mujeres maltratadas el porcentaje de intentos de suicidio es ocho veces mayor que mujeres de iguales características de la población normal, excepto para la morbilidad mental.

Los autores: Bergman y Brismar<sup>75</sup> resumen su trabajo señalando que la tendencia al suicidio de 118 mujeres maltratadas seguidas por ellos a lo largo de 16 años es mayor y tiene como componente principal en su análisis la existencia de una psicopatología de base.

Los métodos empleados eran siempre métodos pasivos: Sobredosis medicamentosa principalmente.

#### **ENFERMEDAD NO PSIQUIATRICA**

El sujeto que lleva a cabo su suicidio en el marco de una patología orgánica grave, presenta como rasgos definitorios una mayor voluntad de morir, por lo que el método empleado generalmente es eficaz, existiendo muy pocos sujetos con tentativas previas. En su mayoría son hombres y su edad suele ser avanzada en ambos sexos.

Muchos autores han estudiado la relación del suicidio consumado con la patología orgánica crónica, también la relación existente entre el ingreso hospitalario y el suicidio, parece que la tendencia al suicidio en el seno de una enfermedad orgánica es más frecuente entre los hombres, aunque las mujeres que bajo estas condiciones lo hacen utilizan métodos de igual potencia letal que aquellos.

La frecuencia de suicidio en el hospital no es alta, si consideramos las características sociodemográficas de la población a la que corresponden los sujetos.

Lo que llama la atención es el número de estos sujetos que no están sometidos a vigilancia especial. Es decir, la falta de atención al estado psíquico de los pacientes ingresados en una unidad orgánica<sup>76</sup>.

Tras el seguimiento que hicieron a lo largo de diez años a un total de 59.845 pacientes ENFERMOS DE CÁNCER que fueron atendidos en Estocolmo, Allebeck y Bolund<sup>77</sup> encuentran un aumento de la tasa de suicidios que duplicaba la de la población general y un ligero aumento para las tentativas suicidas.

Aunque en números absolutos no representa un volumen grande. El estudio sirve para llamar la atención sobre la necesidad de un buen soporte psicosocial en este tipo de enfermos.

Con respecto a las lesiones medulares Charlifue y Gerhart<sup>78</sup> señalan que la prevalencia en ellas del suicidio es de dos a seis veces mayor que en la población general. Las características predictivas de un riesgo aumentado de suicidio en este tipo de pacientes son entre otras: La pérdida de esperanza, apatía, y la dependencia tras el accidente, ruptura familiar previa a la lesión.

También fueron importantes en el análisis: dependencia alcohólica, responsabilidad en el accidente y depresión anterior a la lesión.

#### 1.6.4. VARIABLES CLIMATICAS

Entendiendo el nivel biológico desde una perspectiva más amplia las condiciones atmosféricas podrían influir también en dicho fenómeno.

A favor de dicha hipótesis se encontraría el hecho del agrupamiento en determinados días de un acto que es intrínsecamente individual.

Nadie niega la influencia de la climatología en el comportamiento humano, su influencia en el estado de ánimo incluso del sujeto sano es patente y guarda relación con las peculiaridades climáticas de cada zona.

La exacerbación estacional de determinadas psicopatologías, sería sin duda una ampliación del fenómeno.

Distintas variables atmosféricas y en concreto los vientos Föhn han sido desde hace años implicados en el aumento del número de ingresos psiquiátricos, incluso de suicidios en determinadas regiones del planeta, con peculiaridades en su microclima. Sin poderse asociar al fenómeno variaciones aparentes en las condi-

ciones sociales, económicas etc. que justifiquen dicho aumento relativo.

Dichas afirmaciones se mueven en numerosas ocasiones en el terreno de la especulación.

Poco se ha publicado en relación a este tema en los últimos años, siendo de destacar los estudios de Masterton y Rogers <sup>79</sup>, en Escocia, a partir de los cuales los autores destacan una clara relación entre el estío y el suicidio femenino, no existiendo, para ellos, ninguna variación estacional del fenómeno en los hombres.

Parece existir indicios de asociación entre parasuicidio en esquizofrénicos y los ciclos lunares.

Otros autores, sin embargo, analizan la influencia de los ciclos lunares en el intento de suicidio y no hallan relación alguna (Mathew <sup>80</sup>).

### 1.7. PREVENCIÓN

Lester<sup>81</sup> en su artículo presentado en Crisis hace mención a la importancia que tienen la educación contra el suicidio en los planes de prevención y como una estrategia más en el contexto de la Educación Sanitaria.

La actuación debería ir encaminada hacia los factores de riesgo mediante programas específicos y en concreto hacia el diagnóstico correcto del riesgo en la enfermedad mental. (Kurz<sup>82</sup>, Böhme <sup>83</sup>).

### 1.8. INVESTIGACION DEL SUICIDIO

En palabras de Blanca Sarró:

"Los actos suicidas son un problema biológico y psicosocial.

Los estudios encaminados a identificarlos, prevenirlos y tratarlos, numerosos y sus resultados limitados o/y contradictorios. Se tiende a ignorar estos actos como un problema sanitario o social. Su prevención parece anómala aunque su mortalidad en algunos países europeos sea similar a la de los accidentes de tráfico".

Todos los autores coinciden en señalar la falta de uniformidad en los términos lingüísticos empleados. De esta forma, los meta-análisis son ineficaces.

Las investigaciones, demasiado cargadas de prejuicios ideológicos, carecen, en gran medida de rigor. La variedad de términos empleados para describir el fenómeno limita su

comprensión y por ende las conclusiones obtenidas.

En nuestro siglo el temor a la muerte como hecho social e individual conduce a su negación: no es aceptable el hecho de morir, aunque sea una realidad incontrovertible. Por tanto, la muerte voluntaria de un ser próximo pone en jaque todos los mecanismos defensivos del individuo: el temor y la culpa hacen su aparición, provocando perplejidad, mala conciencia o admiración según se sitúe vivencialmente el espectador.

Socialmente está mal visto tener un suicida en la familia: el suicidio se enmascara: fué un accidente, y el medio judicial intenta ante lo inevitable ocultarlo, se invoca el derecho a la "propia imagen" porque se supone que la imagen de un suicida es la de un fracasado. El derecho a la imagen de los familiares es otro de los derechos considerados: el suicidio culpabiliza al entorno.

Si se aborda el suicidio concreto desde la esfera sanitaria los riesgos son aún mayores: la muerte de un paciente siempre deja un mal sabor de boca, pero si esta es voluntaria entonces se quiebran los puntos de apoyo de la relación médico-paciente y la asunción del hecho requiere de una gran confianza en la profesionalidad de uno mismo para no entrar en crisis.

Cuando a un psiquiatra se le pregunta por el número de suicidas entre sus enfermos, la respuesta siempre emplea el reflexivo: "Se me han suicidado.....". Hecho que implícitamente, y muchas veces de forma inconsciente, reconoce una participación en el suicidio.

El reconocimiento público del hecho es un paso más en la exigencia. De forma consensuada se habla de alta voluntaria en los informes de un suicidio.

Por eso la mayor parte de los estudios desde la esfera sanitario asistencial se realizan sobre tentativas frustradas, siendo los forenses los encargados de abordar el suicidio consumado, limitándose a factores de índole social, ya que una buena exploración de las implicaciones sanitarias les está vedada.

Por tanto en la investigación del suicidio es preciso:

- Utilizar una terminología única, clara y excluyente (Wedler<sup>84</sup>).
- Evitar subjetividades, intuiciones y juicios críticos.
- El investigador no debe sentirse parte del hecho investigado.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA

El suicidio consumado es una conducta influida por una serie de factores de índole intrínseca y extrínseca. Entre ellos destaca la patología psiquiátrica como un factor de riesgo interno cuya importancia no está aún del todo definida.

Esta patología sobre el acontecimiento del suicidio puede ser mediata o inmediata, siendo preciso, por tanto, la realización de una "autopsia psicológica" para definir cuando el suicidio es una mera "noticia" en el marco de la enfermedad y cuando es su consecuencia.

Siendo fundamental para el profesional sanitario el conocimiento del tema para el manejo diario de sujetos en riesgo.

Nuestro estudio pretende acercarse al fenómeno del suicidio consumado, entendiendo como tal el suceso cuyas diligencias judiciales fueron archivadas por este motivo, (es decir un diagnóstico forense de suicidio) y en él, investigar a partir de la documentación existente las condiciones socioculturales, climáticas y sanitarias que acompañaban a cada suicidio en concreto, siempre a partir de datos ya elaborados por los profesionales implicados y sin intervención directa por nuestra parte.

El trabajo así planteado se complica, de un lado por abordar la casuística desde la esfera judicial y de otro: el gran impacto emocional que provoca el fenómeno del suicidio en el ámbito social implicado.

Prueba de ello es que 15 Magistrados Jueces de Instrucción de Madrid no han autorizado el acceso a la información (datos de filiación de los suicidas), invocando el derecho a la propia imagen del sujeto y de su familia, el secreto de las actuaciones judiciales, o simplemente que la ley de Enjuiciamiento Criminal no regula este tipo de estudios, e incluso parece prohibir el acceso de los investigadores a tales actuaciones.

De todo lo expuesto se deduce la extraordinaria dificultad que se presenta a la hora de conseguir las autorizaciones necesarias: De un lado las consideraciones legales, como el derecho a la propia imagen del suicida, su familia y entorno. De otro solapado, pero no menos real, la resistencia a permitir el acceso, a una persona ajena, al trabajo del profesional sea del campo jurídico o médico.

A pesar de ello, considerando necesario el estudio con una finalidad no fiscalizadora, sino ante todo preventiva, para adecuar los recursos existentes a las demandas sociales reales,

hemos llevado a cabo este estudio respetando escrupulosamente el derecho a la intimidad de los implicados así como la voluntad de los responsables de la custodia de todos los expedientes, limitando por el mismo motivo, la investigación en la esfera sanitaria asistencial a unos distritos de nuestra capital, que por razones obvias no identificaremos.

### 3. HIPOTESIS DE TRABAJO

A partir de un material constituido por protocolos jurídicos, médico-asistenciales previas y determinaciones atmosféricas, planteamos tres HIPOTESIS INICIALES:

I.- EL SUICIDIO CONSUMADO ES EXPRESION DEL MEDIO SOCIOCULTURAL EN EL QUE SE PRODUCE. Pretendemos identificar las componentes principales que definen el fenómeno (entre aquellas variables a las que hemos tenido acceso).

II.- LAS CONDICIONES CLIMATICAS NO INFLUYEN POR SI MISMAS Y DIRECTAMENTE EN EL SUICIDIO CONSUMADO EN NUESTRA ZONA GEOGRÁFICA, dadas sus escasas peculiaridades climáticas.

III.- LA ESQUIZOFRENIA ES LA PATOLOGIA PSIQUIATRICA MAS FRECUENTEMENTE INVOLUCRADA EN EL SUICIDIO CONSUMADO.

### 3.1. PUNTO DE PARTIDA

El suicidio es un fenómeno con una extraordinaria carga social, adaptado al entorno en el que se produce.

No es posible asumir los resultados obtenidos en este campo en otros países y hacer propias sus conclusiones, ya que en sí mismo se transforma adoptando una morfología característica del grupo social al que pertenece el sujeto, íntimamente relacionada con tradiciones, costumbres y creencias.

Las estadísticas oficiales tanto del suicidio consumado, como de las demás conductas suicidas son inferiores a las reales en opinión de los investigadores, encontrándose muy por debajo de las de los países con una buena recogida de los datos.

Partimos pues de una necesidad: conocer la verdadera incidencia del suicidio consumado en nuestro medio y tener noticia de la relación asistencial que el sujeto mantuvo con el sistema sanitario.

### 3.2. OBJETIVO FUNDAMENTAL: DESCRIPCION DEL FENOMENO

Nuestro objetivo ha sido la descripción del fenómeno "suicidio consumado" en nuestro medio urbano, de características asimilables a otras grandes ciudades españolas y en muchos aspectos también europeas, investigando los documentos existentes de su relación médico asistencial, aunque, por su interés en la explicación del hecho nos hayamos acercado a él desde las variables socioeconómicas recogidas en la "historia social" del sujeto elaborada por los asistentes sociales del Instituto Anatómico Forense de Madrid e incluso climáticas (Datos meteorológicos del Instituto Meteorológico Nacional de España).

A fin de facilitar la respuesta a las tradicionales preguntas: ¿Quién comete un suicidio?, ¿Donde?, ¿Como?, ¿Cuando? y si es posible acercarnos al ¿por qué?.

Desde aquí hemos dirigido la atención hacia los recursos sanitarios de que disponemos para determinar, en la medida de lo posible, el cómo y cuando el sujeto objeto del estudio entra en relación con el sistema asistencial. Qué ha demandado de él y en que medida este ha respondido, y si esa respuesta ha sido la adecuada.

Kurz y Möller<sup>85</sup> analizando la eficacia comparada de distintos sistemas sociales de prevención del suicidio dejan bien clara la ineficacia de los mismos si no va precedida de un correcto análisis de la demanda.

Si conocemos esta seremos capaces de adecuar los medios a

las necesidades concretas de nuestra Area Sanitaria. Y entonces, y solo entonces, evaluar los resultados.

Conducta suicida y enajenación son dos fenómenos íntimamente relacionados.

En el entorno social del suicida es fácil la justificación del hecho a partir de una enfermedad mental.

Las investigaciones en torno al tema demuestran que un alto porcentaje de suicidios tienen relación más o menos directa con una psicopatología.

Entre nuestros objetivos se encontraba el comprobar la hipótesis de que la ESQUIZOFRENIA ES LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA MAS INVOLUCRADA EN EL SUICIDIO CONSUMADO.

La mayor parte de los trabajos publicados en relación a conductas suicidas y enfermedad mental han sido llevados a cabo sobre tentativas frustradas y en este caso los autores coinciden en señalar a los Síndromes Depresivos como psicopatología de base más frecuente.

Si se tienen en cuenta el método empleado en el intento suicida se observa una clara relación entre el deseo de morir y la violencia del mismo, siendo esta mayor para los sujetos con psicosis graves, en especial la esquizofrenia.

Por tanto, no sería extraño que en el suicidio consumado encontráramos más a este tipo de enfermos.

El método elegido para comprobar esta hipótesis ha sido el retrospectivo, buscando a los sujetos que consumaron su suicidio en un área sanitaria concreta de nuestra comunidad e identificando el nivel asistencial al que tuvieron acceso, sus demandas del mismo y la respuesta que de él recibieron.

Durante los últimos años los profundos cambios surgidos a partir de la puesta en marcha del Plan para la Reforma Psiquiátrica, iniciada en 1984, han conmovido el sistema asistencial, integrándolo y ordenándolo. Impulsando el desarrollo de los servicios de salud mental en los distritos sanitarios, tendiendo a optimizar los recursos existentes y disminuyendo las hospitalizaciones de larga estancia, en la medida de lo posible.

Teniendo en cuenta todo ello, no conviene olvidar que nuestro objetivo es LOCALIZAR AL SUJETO EN EL PASADO Y SU RELACIÓN CON LA RED ASISTENCIAL TIENE POCO QUE VER, EN MUCHOS CASOS, CON LO QUE AHORA TENEMOS.

Pacientes y profesionales sanitarios se encontraban hasta hace poco, y en algunas zonas, aún se encuentran, inmersos en un sistema asistencial muy distinto del presentado en el plan de Reforma. Hasta hace muy poco tiempo, en la asistencia ambulatoria el control y seguimiento de los pacientes era realizado mediante una breve historia archivada por grupo familiar según el número de afiliación a la seguridad social del cabeza de familia.

Así las cosas es fácil adivinar que sólo el enfermo que

recibiera asistencia terciaria (Hospital) sería fácilmente localizado y con suerte también aquellos que se hubieran puesto en contacto con el sistema sanitario ya modernizado.

### 3.3. OBJETIVOS PARCIALES

1º Realización de la "autopsia psicológica" a fin de determinar cuando en el seno de la patología psiquiátrica, el hecho del suicidio es una mera "noticia" y cuando su consecuencia.

2º Partiendo de los estudios en países europeos y de nuestro entorno, en los cuales se ha producido un incremento en el número de suicidios consumados, siendo este proporcionalmente mayor para algunos estratos poblacionales claramente definidos, hemos pretendido describir la curva de densidad en nuestro medio y comprobar si en Madrid también se ha incrementado el número de suicidios en determinados estratos, así como las variables que caracterizan a los mismos.

3º Una vez identificados los individuos mediante las Diligencias Judiciales y ubicados en su Area Sanitaria correspondiente, hemos pretendido explorar su contacto con los Recursos Sanitarios:

I) Si el sujeto hizo uso del sistema Sanitario, y qué le llevó a ello (enfermedad somática o psiquiátrica).

II) A qué niveles del sistema accedió: Hospital, Centro de Salud, Centro de Salud Mental; qué recursos se pusieron a su alcance; si empleó, o no, los Servicios de Urgencia; si fue atendido por médico generalista, psiquiatra o psicólogo.

III) Relación temporal entre EXITUS y tratamiento, frecuencia de la asistencia y tipo del mismo, psicoterapia, psicofármacos, terapia de grupo, etc.

4º Hemos investigado todas las variables a las que hemos tenido acceso, que a su vez son las usualmente consideradas como definitorias del individuo que consigue su objetivo de autólisis y partiendo de un riguroso estudio estadístico de ellas analizar las peculiaridades que aparecen en nuestra población objeto de estudio y también las notas comunes con respecto a otros ambientes socioculturales a fin de llamar la atención sobre las posibles variables de riesgo.

5º Partiendo de todas las determinaciones meteorológicas recogidas en los observatorios de nuestra capital, cuatro veces diariamente, durante todos los días que abarca el estudio (1 de Enero de 1989 a 31 de Diciembre de 1991), hemos analizado su relación con las variables sociales y buscado su significación

estadística, a fin de comprobar en nuestro medio las aseveraciones de otros autores: Motohashi<sup>86</sup>, Masterton<sup>87</sup>, Mathew y Lindeway (ver nota 80).

## II. MATERIAL Y METODO

### 1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio se planteó de forma secuencial: primero: identificación de la población suicida, una vez identificada: exploración de las variables sociales y sanitarias implicadas a partir de las recogidas en los informes judiciales. Recogida de las variables atmosféricas y su análisis en los días en que se produjeron suicidios: relación con los días en que no hubo suicidios y con las variables propias del sujeto suicida. Tras esta fase inicial se procedería al estudio del suicidio en unos distritos sanitarios concretos.

En el diseño se contaba con la limitación que introduce el manejar documentación ya elaborada y por tanto los protocolos se tenían que adecuar a lo ya existente sin posibilidad de introducir cambios. Si bien este hecho limita la capacidad de exploración del fenómeno también es cierto que disminuye la subjetivización del mismo, disminuyendo la introducción de sesgos por parte del investigador.

#### 1.1. FASES DEL ESTUDIO

##### PRIMERA

Hipótesis: EL SUICIDIO CONSUMADO ES EXPRESION DE LAS VARIABLES SOCIOCULTURALES DEL MEDIO EN EL QUE SE PRODUCE.

Elaboración de una base de datos a partir de los expedientes que se encuentran en el Archivo del Instituto Anatómico-Forense de Madrid con registro numérico.

Análisis Descriptivo de la muestra, Identificación de las variables explicativas del fenómeno con significación estadística de índole geográfica (procedencia), sociolaboral cultural y sanitaria.

Realización de un análisis de conglomerados (cluster) para identificación de "grupos de riesgo". Comparación con estudios realizados por otros investigadores.

##### SEGUNDA

Hipótesis: LAS CONDICIONES CLIMATICAS NO INFLUYEN POR SI MISMAS Y DIRECTAMENTE EN EL SUICIDIO CONSUMADO

Análisis cluster de las dos matrices de datos (atmosféricos y psico-sociales), en varios pasos:

A.- Estudio de las variables climáticas aisladas y clasificación de las mismas a fin de descubrir "tipos de días semejantes" sin tener en cuenta si existió o no suicidio.

Estas clases fueron posteriormente enfrentadas al fenómeno del suicidio en general.

B.- Estudio de las clases climáticas en relación a variables psicosociales aisladas.

Estudio de las variables psicosociales aisladas y clasificación de las mismas enfrentadas a variables climáticas aisladas.

Análisis cluster de todas las variables unificadas a partir del nexo: Fecha del suicidio.

### **TERCERA**

**Hipótesis: LA ESQUIZOFRENIA ES LA PATOLOGIA PSIQUIATRICA MAS FRECUENTEMENTE INVOLUCRADA EN EL SUICIDIO CONSUMADO.**

Identificación de los sujetos pertenecientes a unos distritos del AREA DE SALUD MENTAL objeto de estudio, búsqueda de su historia médico-psiquiátrica y descripción de las relaciones establecidas, con anterioridad al Éxitus, con el sistema sanitario, a fin de explorar el tipo de demanda y asistencia recibida por el sujeto.

Objetivo: Identificación de los grupos hallados en la primera fase en relación al sistema asistencia sanitario: descripción de las diferencias según el tipo de contacto que el sujeto estableció con dicho sistema:

- Sin contacto conocido.
- Con Contacto conocido.

Clasificación según el tipo de contacto:

- Psiquiátrico.
- No psiquiátrico.

Identificación del diagnóstico médico para ambos grupos.

## **2. MATERIAL**

### **2.1. POBLACION MUESTRAL**

Sujetos que consumaron su suicidio en Madrid capital, desde el 1 de enero de 1989 hasta el 31 de Diciembre de 1991. En total 858 individuos.

#### **2.1.1. UBICACION DEL ESTUDIDO: COMUNIDAD DE MADRID**

Nuestra comunidad cuenta con una población que constituye el 12% del total de la población española (4.946.551).

De esta cifra, el 67% vive en el municipio de Madrid (3.010.492 ), 1.579.606 en la corona metropolitana y 356.453 en el resto de la comunidad.

#### **2.1.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA COMUNIDAD Y DE LOS DISTRITOS ESTUDIADOS MAS RELEVANTES**

##### **COMUNIDAD DE MADRID**

-La Tasa bruta de mortalidad en 1989 fue de 8/1000 habitantes (7,4/1000 mujeres y 9,4/1000 varones).

-En la distribución por sexos y edades cabe señalar la discrepancia entre las poblaciones masculina y femenina en el grupo de edad de los 45 a 49 años y de los 50 a los 54, con un aumento de las mujeres.

- Dicho aumento permanece y se hace más llamativo según aumenta la edad de la población.

-Aumento progresivo de la población mayor de 65 años concentrada en determinados barrios.

(Los sujetos mayores de 65 años constituyen el 15% del total de la población de Madrid).

-Una de cada cinco personas vive sola (84.000 aproximadamente). De cada 100 ancianos que viven solos, 85 son mujeres.

-Incremento negativo de - 47.690 de habitantes desde 1986, a la vez que los municipios limítrofes han experimentado un aumento de 170.005 desde la misma fecha.

-Ausencia de inmigración desde otras comunidades autónomas desde mediados de la década de los ochenta, acompañada de aumento progresivo de la emigración a otros municipios periféricos.

-Distribución desigual de equipamientos y servicios en la zona Norte y Sur.

-Concentración de población inmigrante en zonas y distritos del sur.

-Curva de crecimiento ascendente del desempleo desde hace años.

##### **DISTRITOS ESTUDIADOS**

A nivel sociodemográfico los distritos que componen el área sanitaria son muy distintos entre sí, compensándose, haciéndola de este modo, asimilable al resto de la corona metropolitana de Madrid.

Este Área Sanitaria comprende seis distritos municipales cinco de ellos urbanos y uno rural.

Como ya hemos mencionado, la población rural quedó excluida del estudio, por múltiples motivos, entre ellos el diseño del mismo.

Por tanto, nos referiremos a los distritos urbanos: todos ellos pertenecientes a la metrópolis.

Nombraremos a cada distrito por un número: distrito 1, distrito 2, distrito 3, distrito 4, distrito 5, (correspondiéndose siempre con el mismo distrito municipal).

Dichos distritos son distribuidos en tres distritos sanitarios.

De la siguiente forma:

- Distrito Municipal 1: Distrito sanitario 1
- Distritos Municipales 2 y 5 :Distrito Sanitario 2
- Distritos Municipales 3 y 4: Distrito Sanitario 3

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA ZONA ESTUDIADA:**

Distrito 1: Su población ha disminuido desde 1980 y sigue haciéndolo de forma progresiva.

Distrito 2: Crecimiento desde los años 70.

Distrito 3: Pierde población desde 1975.

Distrito 4: Crece ininterrumpidamente.

Distrito 5: Se encuentra estabilizado en los últimos años

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN:

		Mujer	Varón	Total
Distrito 1	Mayor de 65	13.117 (10,26%)	7.763 (5,99)	20.780 (16,26%)
	De 14 a 64	46.284 (36,21%)	41.456 (32,43%)	87.740 (68,64%)
Distrito 2	Mayor de 65	7.073 (6,68%)	4.535 (4,31%)	11.572 (10,99%)
	De 14 a 64	39.707 (37,69%)	38.283 (36,34%)	77.990 (74,04%)
Distrito 3	Mayor de 65	19.335 (8,60%)	12.728 (5,66%)	32.063 (14,27%)
	De 14 a 64	78.092 (34,75%)	76.141 (33,89%)	154.233 (68,64%)
Distrito 4	Mayor de 65	2.807 (4,72%)	1.853 (3,11%)	4.660 (7,83%)
	De 14 a 64	20.624 (34,67%)	20.473 (34,42%)	41.097 (69,08%)
Distrito 5	Mayor de 65	2.164 (5,35%)	1.508 (3,73%)	3.672 (9,09%)
	De 14 a 64	14.594 (36,13%)	14.949 (37,01%)	29.543 (73,13%)
Total del área estudiada	Mayor de 65	44.496 (7,97%)	28.387 (5,09%)	72.883 (13,06%)
	De 14 a 64	199.301 (35,73%)	191.302 (34,29%)	390.603 (70,02%)

(Tabla II- 2.1.: Distribución de la población del área estudiada en función de su edad y porcentajes parciales con respecto al global: 557.775 habitantes)

Como se observa en la tabla II- 2.1. el área sanitaria estudiada (y en general todas) se caracteriza por estar compuesta por distritos cuyas variables sociodemográficas difieren notablemente entre sí.

**POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS:**

	<b>%Mayores 65</b>	<b>%Mayores 75</b>
<b>Madrid</b>	15,06	6,13
<b>Distrito 1</b>	14,27	5,14
<b>Distrito 2</b>	16,26	7,06
<b>Distrito 3</b>	10,99	4,34
<b>Distrito 4</b>	7,83	2,89
<b>Distrito 5</b>	9,09	3,45

(Tabla II- 2.2.: Distribución de población mayor de 65 en los distritos que componen el Área Sanitaria.)

El porcentaje medio para los sujetos mayores de 65 años es del 13,06% y del 4,57% para los que han superado los 75 años. (Datos de la Consejería de Urbanismo 1991).

**NUMERO DE HABITANTES EN CADA DISTRITO URBANO Y PORCENTAJE DE NO SOLTEROS**

	<b>Habitantes</b>	<b>% Casados y viudos</b>
<b>Madrid</b>	3010492	63,83
<b>Distrito 1</b>	127832	61,67
<b>Distrito 2</b>	105341	63,22
<b>Distrito 3</b>	224698	68,18
<b>Distrito 4</b>	59488	70,77
<b>Distrito 5</b>	40396	66,18

(Tabla II- 2.3.: Distribución de población y porcentaje de casados, viudos y divorciados en los distritos que componen el Área Sanitaria)

**2.1.1.2. RECURSOS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL EN LOS DISTRITOS ESTUDIADOS****Distrito 1:**

Centro de Promoción de la Salud  
Servicio de Salud Mental  
Ambulatorio

**Distrito 2:**

Ambulatorio  
Centro de promoción de la Salud  
Centro de Promoción de la Salud

**Distrito 3:**

Servicio de Salud Mental  
Ambulatorio de Psiquiatría jerarquizado  
Ambulatorio Unidad de Salud Mental  
Centro de Promoción de la Salud.

**HOSPITALIZACIÓN**

Hospital General.

**2.1.2. CRITERIOS DE ASIGNACION A LA MUESTRA: DIAGNOSTICO FORENSE**

A la hora de plantearse la realización de un trabajo de estas características existen muchos y variados criterios de asignación posibles. Pero todos han de perseguir tres objetivos:

- Fácil identificación de los sujetos de la muestra.
- Objetividad (mediante criterios sencillos).
- Posibilidad de comparación de sus resultados.

Uno de los mayores problemas de la investigación en el terreno psiquiátrico, es la falta de uniformidad con respecto a los criterios de asignación (Van Egmond<sup>88</sup>), que dificulta hasta límites insospechados, la comparación de los resultados entre distintos investigadores (Diekstra<sup>89</sup>).

Dado que este punto es fundamental para todo el trabajo posterior y ha de ser claro, constante y unívoco.

Se plantea como único criterio de asignación EL DIAGNOSTICO FORENSE.

Es decir, son incluidos en el estudio todos aquellos sujetos cuyas diligencias judiciales fueron archivadas por suicidio. Y solo ellos.

**2.1.3. RECOGIDA DE LOS CASOS: INSTITUTO ANATOMICO FORENSE DE MADRID**

Dada la existencia de un archivo en dicho Instituto con la totalidad de los expedientes forenses de los sujetos involucrados en algún tipo de diligencia judicial y su clasificación por fecha y tipo de diligencia con el diagnóstico forense en cada caso, era sin lugar a dudas el lugar más adecuado para la recogida de los datos.

Constatando la escasa costumbre de la esfera judicial en la realización de trabajos de investigación científica, sus reticencias al respecto aumentaban en función de lo que la investigación propuesta implicara a la oficina judicial, dicho de otro modo: el trabajo que los funcionarios del Juzgado competente tendrían que realizar para facilitarnos la documentación.

Así las cosas, la autorización era concedida en muchos casos con la condición de no ir al Juzgado a preguntar ningún dato.

Con la existencia del Archivo del Instituto y la colaboración de todo el personal del mismo fué posible la recogida de los datos.

### 2.1.3.1. CONDICIONES RESTRICTIVAS A LA RECOGIDA

Como se puede comprobar en el apendice (documento nº3), las autorizaciones, en los casos en que se concedieron, imponían, en algunas ocasiones, limitaciones en todos los aspectos.

A fin de preservar escrupulosamente el derecho a la imagen de los suicidas y su familia, el secreto de las actuaciones judiciales, etc., contemplados en los artículos 235 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, Artículo 120-1 y el 18-1 de la Constitución Española, etc..., la recogida de la información se realizó por UNA SOLA PERSONA, introduciendo los datos con CÓDIGO SECRETO en una base en la que no aparecían los de filiación, cuya identificación lo fué solo por un nº. de registro, fecha y juzgado competente.

En fichero aparte, también con ACCESO CODIFICADO (y sólo para aquellos casos en que fué autorizado este extremo), los datos de identidad y distrito municipal al que pertenecía el sujeto.

En ningún momento han sido facilitados estos datos a persona ajena al estudio: Incluso la fase tercera del mismo, es decir, la localización en el área sanitaria correspondiente a los sujetos cuya investigación fué autorizada, ha sido hecha, también, por la misma, que con caracter personal, recibió dichas autorizaciones. Tanto en la esfera judicial, como posteriormente en la sanitaria.

### 2.1.4. CONSIDERACIONES

Es de reseñar la atenta custodia de los datos que obran en poder de los juzgados: encomiable, es cierto.

Ahora bien, no es menos cierto que el control del funcionamiento del sistema social pasa por la investigación desapasionada y veraz de sus marcadores objetivos. Si esto no es posible, el sistema no puede ser evaluado y por tanto mejorado.

El planteamiento de este estudio no solo ha valido al mismo, sino que ha contribuido a allanar el camino de posibles futuros investigadores.

Nadie antes de nosotros solicitó el permiso para una investigación de estas características en nuestra capital y a tenor de la bibliografía existen muy escasas muestras en el resto de los países.

El suicidio consumado es un marcador social de gran importancia: devuelve como un espejo de feria el rostro de la sociedad en que se lleva a cabo poniendo de manifiesto sus defectos, sus valores.

Mirarse en ese espejo requiere una gran dosis de valor y desarrollo social (sólo las sociedades que han alcanzado un

cierto grado de bienestar se preocupan por ello), pero tiene como recompensa el conocimiento que siempre conduce a posteriori a la eficacia.

Es por tanto imprescindible, a nuestro entender, que el mundo judicial (la judicatura) comprenda lo que otras áreas del conocimiento llevan años aplicando:

La investigación científica de características semejantes a la que nos ocupa, si lo es, no tiene por qué entrar en conflicto con los derechos de la persona y no debiera ser competencia su regulación de la discrecionalidad de cada juzgador sino habría de estar regulada por un orden superior donde exigidas las garantías se concediera o denegara el permiso.

No resistimos la tentación de enumerar brevemente el laborioso camino seguido hasta poder iniciar el trabajo propiamente dicho:

1º: Instancia al Decano de los Magistrados Jueces de Instrucción de Madrid, este, a su vez, manda un escrito de presentación, ya que no es competencia suya la autorización del estudio.

2º: Instancia por duplicado a todos y cada uno de los juzgados de Instrucción de nuestra capital (46). A todos ellos (y en multitud de ocasiones) se visitó, se hablo con el agente judicial, que a su vez pasaba por el oficial que llevaba el asunto, tras la explicación a éste, si habia suerte, se hablaba con el secretario de la oficina judicial, que a su vez hablaba con el juez que en ocasiones recibía: denegaba o autorizaba verbalmente. A los pocos días si se habia llegado hasta aquí, habia que repetir la secuencia para desde el juez, pasar al oficial que tomaba nota del escrito autorizando o denegando.

3º: En algunos casos fué precisa la presentación de memoria, certificados de licenciatura, colegiación de la investigadora, así como del director del trabajo y copias de otras autorizaciones.

4º: Instancia al Instituto Anatómico-Forense con copia de las autorizaciones judiciales.

5º: Solicitud de investigación con memoria y justificación de licencias ante la comisión docente del Area sanitaria.

6º: Instancias a todos los centros sanitarios a los que se ha acudido y carta de presentación personalizada a todos los médicos cuyos pacientes han sido investigados.

7º: Solicitud de datos meteorológicos al Departamento de Biometeorología del Instituto Meteorológico Nacional.

El camino andado ha sido muy duro y largo , no contando con ninguna ayuda financiera, pero enriquecedor dado la amplitud de los campos tratados y las personas encontradas a lo largo del mismo.

## 2.2. MATERIAL INCLUIDO EN EL ESTUDIO

- Expedientes forenses de los 858 casos de suicidio consumado existentes en nuestra capital desde el uno Enero de 1989 al 31 de Diciembre de 1991 y cuya autopsia se realizó en el Instituto Anatómico Forense de Madrid.

- Medidas de las variables climáticas a lo largo de todo el estudio.

- Historias clínicas de los 73 sujetos pertenecientes al área estudiada en la tercera fase del trabajo.

## 3. SISTEMÁTICA DE UTILIZACIÓN (MÉTODO)

### 3.1. MÉTODO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE

#### 3.1.1. RECOGIDA DE LOS DATOS

Como quiera que muchas de las autorizaciones obtenidas se condicionaron al respeto y confidencialidad de los datos y para salvaguardar el secreto médico y judicial, la recogida y tramitación de los datos, se realizó personalmente, por medio de un protocolo.

##### 3.1.1.1. MODELO DE PROTOCOLO ANATOMICO FORENSE

El protocolo constaba de veintisiete preguntas de respuesta múltiple.

Existía otra denominada "Texto" en la cual se recogieron observaciones tales como diagnóstico y lugar de nacimiento, para aquellos sujetos cuya investigación estaba autorizada.

El resto de las variables a rellenar eran:

- EDAD: tomada como variable continua para no perder información
- SEXO:
  - VARON
  - MUJER
- ESTADO CIVIL:
  - NO CONSTA
  - CASADO (pareja estable)
  - SOLTERO

- VIUDO
- DIVORCIADO
  
- LUGAR DEL SUICIDIO:
  - DOMICILIO PROPIO
  - OTRO DOMICILIO (Trabajo, Amigos, Familiares, etc. Siempre que no fuera el habitual, al menos hasta tres meses antes)
  - VÍA PÚBLICA PRÓXIMA A SU DOMICILIO
  - VIA PUBLICA LEJANA A SU DOMICILIO: Aquí reseñaremos la importancia de lugares "tipicos" para suicidarse.
  - INSTITUCIÓN: Residencia de ancianos, cuartel, hospital o cárcel.
  
- HORA DEL SUICIDIO: (A partir del informe forense):
  - NO CONSTA: si no se determinó porque el sujeto llevaba desaparecido varios días y ningún dato permite al forense determinarlo con exactitud.
  - DE CERO A SEIS
  - DE SEIS A DOCE
  - DE DOCE A DIECINUEVE
  - DE DIECINUEVE A VEINTICUATRO( siguiendo la distribución horaria más habitual en la bibliografía a fin de comprobar determinadas afirmaciones que señalan unas preferencias inherentes al tipo de suicidio: Perez Gomez116).
  
- DIA DE LA SEMANA:(De uno a siete empezando por el viernes para facilitar el manejo de los datos con caracteres numéricos).
  
- MES:(De uno a doce empezando por enero).
  
- METODO EMPLEADO:
  - ARMA DE FUEGO
  - ARMA BLANCA
  - CAUSTICOS
  - GASES: BUTANO Y MONOXIDO DE CÁRBONO
  - MEDICAMENTOS
  - DROGAS (En este caso sólo aquellos que el forense afirma taxativamente que es un suicidio, bien porque dejen un escrito o por otro motivo, nunca ante sólo la sospecha).
  - QUEMADURAS
  - PRECIPITACIÓN
  - SUMERSIÓN
  - AHORCADURA
  - SOFOCACIÓN
  - FERROCARRIL (Tren y Metro)
  - TRÁFICO<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> El accidente de tráfico considerado como suicidio será aquel en el que el sujeto siendo peatón se lance en una vía de alta velocidad por donde esta prohibida su circulación al paso del tráfico rodado, generalmente ha de ser claramente demostrado por la existencia de testigos, que corroboren la presencia del

- COMBINADA: Se especificó el tipo de combinación elegida.
  
- ¿DEJO ESCRITO EXPLICATIVO?:
  - SI
  - NO
  
- ¿FUÉ UN SUICIDIO AMPLIADO? ( Entendiendo por ello lo que normalmente se define como tal):
  - SI
  - NO
  
- ¿PIDIÓ AYUDA?:
  - NO CONSTA
  - SÍ EXPLICITA
  - SÍ IMPLICITAMENTE(Según la respuesta del familiar a la asistente social).
  
- ¿EXISTIA UN AVISO PREVIO?:
  - NO CONSTA (cuando el familiar contesta no se, o bien cuando no está claro que se le haya preguntado)
  - SI (si así lo manifiesta)
  - NO (sólo cuando rotundamente lo niegan en la historia social)
  
- INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS:
  - NO CONSTA (En la historia o no saben)
  - ES EL PRIMERO (es decir no hay intentos anteriores)
  - DE DOS A CUATRO
  - MÁS DE CUATRO(Esta clasificación siguiendo a los autores citados en bibliografía).
  
- ¿REQUIRIÓ ASISTENCIA MEDICA EN EL INTENTO ANTERIOR?:
  - NO CONSTA
  - U.C.I.
  - LEVE (ingreso en urgencias, sin pasar a cuidados intensivos).
  - NO (No fué a hospital, ni a servicios de urgencia).
  
- METODO EN EL INTENTO PREVIO:

(La misma clasificación que para el método en el suicidio y otra categoría "no consta")
  
- TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO:

---

individuo allí durante un tiempo eligiendo el momento de más tráfico o el vehículo más pesado. No se considerará así, por ejemplo el atropello del comprador de droga en distintos puntos de la M-40, o del que pretende cruzar una vía indebidamente. Con respecto al suicidio del conductor de un coche se es mucho más cauteloso, generalmente existen sospechas pero no se llega a ningún diagnóstico forense, a menos que el sujeto lo manifieste con anterioridad, o deje un escrito. En nuestra muestra no existe ningún caso semejante.

- NO CONSTA
  - MENOS DE UNA SEMANA
  - DE UNA A CUATRO SEMANAS
  - DE UNO A TRES MESES
  - DE TRES A DOCE MESES
  - MAS DE DOCE MESES
- ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL ENTORNO FAMILIAR DEL SUJETO:
- NO CONSTA
  - NO EXISTEN
  - SÍ RECIENTES EN EL TIEMPO Y PRÓXIMOS ( familiares de primer grado ).
  - SÍ LEJANOS EN EL TIEMPO Y PRÓXIMOS (en el parentesco)
  - SÍ LEJANOS EN EL TIEMPO Y DE FAMILIARES DE SEGUNDO GRADO. Siendo estas las únicas variaciones que aparecieron.
- SITUACIÓN LABORAL DEL SUJETO:
- NO CONSTA
  - TRABAJO FIJO
  - DESEMPLEADO CON SUBSIDIO
  - DESEMPLEADO SIN SUBSIDIO
  - BAJA LABORAL POR ENFERMEDAD
  - ESTUDIANTE
  - JUBILADO
  - AMA DE CASA
  - ACTIVIDADES MARGINALES (Vendedores ambulantes, prostitución, etc)
  - SIN ACTIVIDAD DEFINIDA
  - OTRAS que en realidad sirvió para ubicar a los que estaban haciendo el servicio militar.
- ¿CON QUIEN CONVIVIA EL SUJETO?:
- NO CONSTA
  - FAMILIA NUCLEAR (Matrimonio)
  - FAMILIA EXTENSA (Matrimonio e Hijos, Hijos en caso de viudedad)
  - OTROS FAMILIARES
  - AMIGOS
  - SÓLO
  - HOSPITAL
  - INSTITUCIÓN (Residencia o Cárcel).
- TRATAMIENTO A QUE ESTABA SOMETIDO:
- NO CONSTA
  - AMBULATORIO PSIQUIÁTRICO (En consulta de psiquiatría o de médico de familia que controlaba un tratamiento de este tipo)
  - AMBULATORIO ORGÁNICO
  - INGRESO PSIQUIATRICO
  - INGRESO POR PATOLOGÍA ORGÁNICA
  - NO ESTABA EN TRATAMIENTO
- PROBLEMATICA SOCIAL:
- NO CONSTA
  - NO TENIA NINGUNA OBJETIBABLE

- PERDIDA DE UN DEUDO
  - PROBLEMAS ECONÓMICOS
  - PROBLEMAS JUDICIALES
  - PATOLOGÍA ORGÁNICA
  - PROBLEMAS SENTIMENTALES
  - PROBLEMAS FAMILIARES
  - ADICCIÓN A DROGAS Y/O ALCOHOL
  - COMBINADA.
- DISTRITO MUNICIPAL: Según domicilio que figurara en el expediente :
- NO AUTORIZADO por el juzgado
  - NUMERO: Todos los del municipio de Madrid y los otros municipios de la provincia
  - OTRO: aquellos cuyo domicilio habitual se encontraba fuera de la comunidad autónoma.
- DISTRITO SANITARIO:
- NO AUTORIZADO
  - NUMERO: los doce de Madrid
  - OTRO: si dependía de otra comunidad o era extranjero recién llegado.

(Tabla II- 3.1.: Protocolo de recogida de datos de la población suicida )

### 3.1.1.2. VALIDACION DEL PROTOCOLO

Dicho protocolo fué probado sobre una muestra de cien individuos siguiendo los métodos usualmente adoptados para toda investigación científica, a fin de obtener en el estudio el máximo de información posible.

### 3.1.2. BASE DE DATOS ATMOSFERICOS

El código de entrada fué: día, mes y año, en esta base se recogían las 77 variables que diariamente determina el Instituto Meteorológico en los distintos observatorios de la capital.

Por el procedimiento de componentes principales en el siguiente paso se redujo el número de las 77 variables y se realizó el análisis de su significación en función de las demás variables, esto se hizo teniendo en cuenta la bibliografía publicada sobre el tema y una vez analizado el resultado del cruce inicial a fin de utilizar las que mejor explicaban el fenómeno. Estas fueron:

1. TEMPERATURA: (Existen cuatro determinaciones diarias)
  - TEMPERATURA MEDIA TERMOMETRO SECO
  - TEMPERATURA MEDIA A TERMOMETRO HUMEDO
  - TEMPERATURA RANDOMIZADA (Máxima menos mínima) SECA
  - TEMPERATURA RANDOMIZADA HUMEDA.
2. PRECIPITACIONES: (Existen cuatro determinaciones diarias)

PRECIPITACION TOTAL  
PRECIPITACION RANDOMIZADA  
PRECIPITACION MAXIMA

3. VIENTO:

VELOCIDAD DEL VIENTO  
DIRECCION DEL VIENTO  
FRECUENCIA DE CALMAS  
FRECUENCIA DE CADA CUADRANTE

4-PRESION ATMOSFERICA:

PRESION MAXIMA  
PRESION MINIMA  
PRESION MEDIA  
PRESION RANDOMIZADA

5. NUBOSIDAD:

NUBOSIDAD POR HORAS (0,7,13 y 18)  
NUBOSIDAD TOTAL  
NUBOSIDAD RANDOMIZADA

6. TORMENTA

7. NIEBLA

(Tabla II-3.2.: Descripción de las variables atmosfericas consideradas)

### 3.1.3. TRATAMIENTO DE LOS DATOS

#### 3.1.3.1. BASE DE DATOS

Una vez obtenidos los datos de variables psicosociales, se introdujeron en una base de datos informatizada (SYMPHONY), controlados por un registro numérico, sin mención de señas de identidad. Utilizando un fichero aparte donde sólo constaban los datos de identidad de los sujetos cuya investigación sí estaba permitida por el Magistrado Juez competente en el caso, siendo el acceso a ella, sólo posible mediante clave.

#### 3.1.3.2. ANALISIS ESTADISTICO DE LA BASE DE DATOS

A partir de esta Base de Datos se construyó una matriz exclusivamente numérica, con una doble entrada: número de orden en el estudio y fecha (Día, Mes y Año) (en lenguaje ASCII) sobre la cual se realizó el estudio estadístico.

Este Análisis se llevó a cabo en el Centro de Cálculo de la Universidad Complutense, por la doctoranda a partir, tan sólo, de una tabla numérica de doble entrada sin ninguna posibilidad de interpretación por alguna persona ajena a la que realizó el estudio.

Tras cada día de trabajo se realizaban dos copias de seguridad borrando todos los archivos en el banco central de memoria.

##### 3.1.3.2.1. COMPROBACION DE LOS DATOS

Primero se pasó del paquete BMDP el 1D para comprobación de variables e instruccciones. Detección de valores extremos y outlier y valores inexistentes (missing).

##### 3.1.3.2.2. ANALISIS DE LA VARIABLE CONTINUA: EDAD

Se llevó a cabo con el programa 2D del paquete BMDP, a fin de poder obtener los puntos de corte más adecuados para su posterior conversión a variable discreta.

##### 3.1.3.2.3. ANALISIS DE LA EDAD, TOMADA COMO CONTINUA, FRENTE A LAS DEMAS VARIABLES

Se realizó con el 7D del mismo paquete, a fin de:

1º Detectar tendencias en los grupos de variables utilizadas y

2º Hacer un análisis de la varianza, para fijar la significación de las diferencias entre grupos. Se usaron los Estadísticos de Levenne, Brown-Forshyte y Welch, teniendo en cuenta sus limitaciones.

#### **3.1.3.2.4. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CUALITATIVAS Y LAS CUANTITATIVAS ATMOSFERICAS**

Mediante los programas del paquete SPADS, se obtuvieron por este método las frecuencias absolutas así como diagramas de distribución de los sujetos en función de cada variable.

#### **3.1.3.2.5. ANALISIS DE CORRESPONDENCIA ENTRE VARIABLES CUALITATIVAS**

A partir de las tablas de contingencia se hizo el análisis de dependencia con el estadístico Chi-cuadrado mediante el paquete 4F del BMDP y SPADS.

#### **3.1.3.2.6. ESTUDIO DE LA SIGNIFICACION DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS**

Se ordenaron los individuos por el día del suicidio y se añadió a cada uno de ellos la matriz de datos conteniendo la información meteorológica: A continuación se cruzaron todas las variables entre sí para localizar alguna dependencia significativa, primero en función de las variables vitales: sexo, edad, condiciones laborales, sociales o patológicas y después en función de parametros climáticos: presión, temperatura, humedad, etc.

##### **3.1.3.2.6.1. PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA EL ESTUDIO DE LA SIGNIFICACION DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS**

1º Seleccionando, en virtud de la fecha, se enfrentaron las variables atmosféricas de los días en que hubo suicidio con la totalidad de los que duró el estudio, para analizar su significación como grupo y como variables aisladas.

2º Uniendo la matriz de datos atmosféricos a los datos psicosociales a través del nexo "fecha" se estudiaron mediante el test exacto de Fisher las asociaciones de las variables climáticas y su significación para determinadas variables categóricas, ya que previamente se había comprobado que en sí mismas no tenían asociación con el suicidio tomado de forma genérica.

##### **3.1.3.2.7. ANALISIS DE CONGLOMERADOS (CLUSTER) PARA LA TOTALIDAD DE LAS VARIABLES**

Con el paquete SPADS se realizó el análisis mediante el procedimiento de la generación aleatoria de los puntos gérmenes haciendo a  $K=3$ ; se comprobó la distribución de los casos y se partió en seis y nueve clases obteniendose unos perfiles cuya interpretación se hará en el capítulo de resultados.

El análisis cluster también se realizó con la matriz completa de los datos, es decir, incluyendo las variables atmosféricas.

### 3.1.4. CONSIDERACIONES AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS

El presente estudio se realizó a partir de los datos que obran en poder del INSTITUTO ANATOMICO FORENSE de Madrid.

Desde 1990 la mayoría de los expedientes cuentan con una "HISTORIA SOCIAL" consistente en una encuesta que se realiza al familiar o persona que tramita la documentación donde se recoge la edad, estado civil, situación laboral y familiar, adicción a drogas o alcohol y cualquier otro dato considerado de interés por parte de la asistente social, en el apartado de observaciones, aquí se incluyeron preguntas relativas a los intentos previos, tratamientos seguidos por los sujetos, etc.

En algunos casos, por desgracia: escasos, se adjunta un informe médico de un hospital donde estuviera recibiendo tratamiento el sujeto.

Ya que en el levantamiento del cadaver se solicita toda la información clínica del paciente a fin de facilitar el diagnóstico forense, es costumbre acompañar este informe, si existe, a las diligencias que se seguirán en el juzgado. Ahora bien, siempre el forense lo reseña en su informe preliminar de autopsia o bien adjunta una copia al expediente del Instituto a fin de facilitar su manejo posterior si fuera menester.

Además en el 95% de los casos figura el informe de autopsia y siempre: las huellas, datos de filiación, trámites de entierro y juzgado competente.

El criterio de selección ha sido estricto: el criterio forense: sólo se han tomado los expedientes de los sujetos catalogados en causa de la muerte como SUICIDIO.

Estos se han clasificado, a continuación, según estuvieran autorizados o no, si no lo estaban no era posible tomar domicilio, ni nombre sino que sólo figuran a efectos de descripción del fenómeno: edad, sexo, método... (afectando este hecho a 282 casos de los estudiados).

El sistema ha sido controlado por una sola persona, con doble fichero y con imposibilidad de identificación de los sujetos estudiados por terceras personas como se exigió al principio del estudio, respetándose con el máximo escrúpulo, el honor y el derecho a la propia imagen tanto del sujeto estudiado como del entorno familiar y social, por lo que se omite cualquier dato del que se pudiera deducir la identidad del sujeto.

### **3.2. TERCERA FASE DEL ESTUDIO: AREA SANITARIA**

#### **3.2.1. UBICACION DE LOS CASOS**

Tras esto se clasificaron a los sujetos cuya filiación había podido ser tomada por distritos municipales y su correspondiente area sanitaria y se procedió a la selección de los pertenecientes al area en la que se iba a llevar a cabo la búsqueda en el sistema sanitario asistencial, sólo de aquellos en cuyo levantamiento habían intervenido los forenses del Instituto, teniendo en cuenta que los municipios que pertenecían a este area sanitaria eran, a nivel judicial, independientes, siendo competencia de dos juzgados, uno de los cuales dió su autorización pero no el otro, por lo que visto el sesgo que su inclusión produciría a la muestra (Considerando su alto índice de ruralidad) se prefirió no tomar los datos y excluir del estudio a dicha población y los municipios que de esos juzgados dependen.

Así se inició la última fase del estudio: La localización de los sujetos pertenecientes a esa zona y búsqueda de su historia sanitaria, a fin de conocer cómo y cuando entraron en contacto con el sistema asistencial a sus distintos niveles: Medicina primaria, centro de salud mental y por último el hospital. Para ello se solicitaron los permisos necesarios: Comité de Docencia del Area, Comisión de docencia del Hospital, Archivos, Centros de Salud Mental etc.

#### **3.2.2. TRATAMIENTO DE LOS DATOS: NO INFORMATIZADO. MODELO DE PROTOCOLO**

Se ha seguido un manejo manual durante la última fase del estudio (En el area sanitaria ) dado el número de sujetos implicados (73) y la diferente información obtenida, se ha utilizado los programas: Word Perfect 5.1. y Shymphoni en ordenador personal y calculadora estadística.

Siguiendose otro protocolo validado en una submuestra de 25 sujetos.

Protocolo de búsqueda en el Area sanitaria:

##### **1.- Características Socioculturales:**

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Situación Laboral
- Tipo de Convivencia
- Antecedentes de suicidio en el entorno
- Procedencia
- Problemática social acompañante

## 2.-Características del Contacto Sanitario:

- Existencia o no del mismo
- Tipo del contacto: Psiquiátrico, Médico-quirúrgico o mixto.
- Escalon Asistencial donde es localizado
- Tiempo transcurrido desde el primer y último contacto.
- Existencia de contacto con el Hospital
- Departamento en el que se produjo el contacto
- Tiempo transcurrido desde el primer y último contacto con el hospital hasta el éxitus.
- Tratamiento a que estaba siendo sometido en el momento de la muerte.
- Diagnóstico médico.
- Edad de inicio de los síntomas del último diagnóstico.

## 3.- Características del suicidio:

### Intento consumado:

- Método
- Lugar
- Hora
- Día
- Mes
- Solicitud de ayuda previa
- Aviso previo

### Intentos previos:

- Método
- Tiempo Transcurrido
- Tratamiento que necesitó

(Tabla II- 3.3.: Protocolo utilizado en el área sanitaria)

### 3.2.3. CONSIDERACIONES AL TRATAMIENTO DE ESTOS DATOS

Dada la escasa cuantía que de los mismos fué hallada debido a diversos motivos:

1º: La incipiente organización del sistema informatizado de control de pacientes en el área.

2º: La no conversión aún al nuevo sistema de salud de algunos centros, lo que impedía la localización de los sujetos en archivos en los que las historias anteriores a 1991 figuran por numero de afiliación a la seguridad social del cabeza de familia. Implicando, por tanto, a toda la unidad familiar a la que pertenecía el sujeto y cuya investigación violaban los principios de respeto a la intimidad que rigen este estudio.

Los sujetos han sido buscados en los Ambulatorios de la Seguridad Social (con infructuosos resultados debido al antiguo sistema de recogida de la información clínica de los pacientes), en los Centros de Salud Mental, en el Hospital: Archivo General,

Archivo de Interconsulta psiquiátrica y Archivo de Urgencias.

Esta fase del estudio es en puridad descriptiva.

**4. FORMATO DE PRESENTACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:**

La presentación de los resultados se hará en dos capítulos independientes, a fin de facilitar el manejo y comprensión de los mismos:

PRIMERA PARTE: Estudio sobre 858 casos de suicidio consumado:

- Análisis descriptivo de las variables socioculturales y climáticas estudiadas.

SEGUNDA PARTE: Estudio sobre los 73 casos de suicidio consumado en el área con descripción sociodemográfica de la misma.

### III. RESULTADOS

#### III. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO DE LAS VARIABLES SOCIOCULTURALES Y CLIMATICAS

Los resultados obtenidos se han clasificado en virtud de los análisis estadísticos realizados

##### 1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

TOTAL DE SUJETOS ADSCRITOS A LA MUESTRA: 858

##### 1.1. DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS POR AÑOS, DISTRITOS Y AUTORIZACIONES:

###### 1.1.1. FRECUENCIA ABSOLUTA POR AÑOS

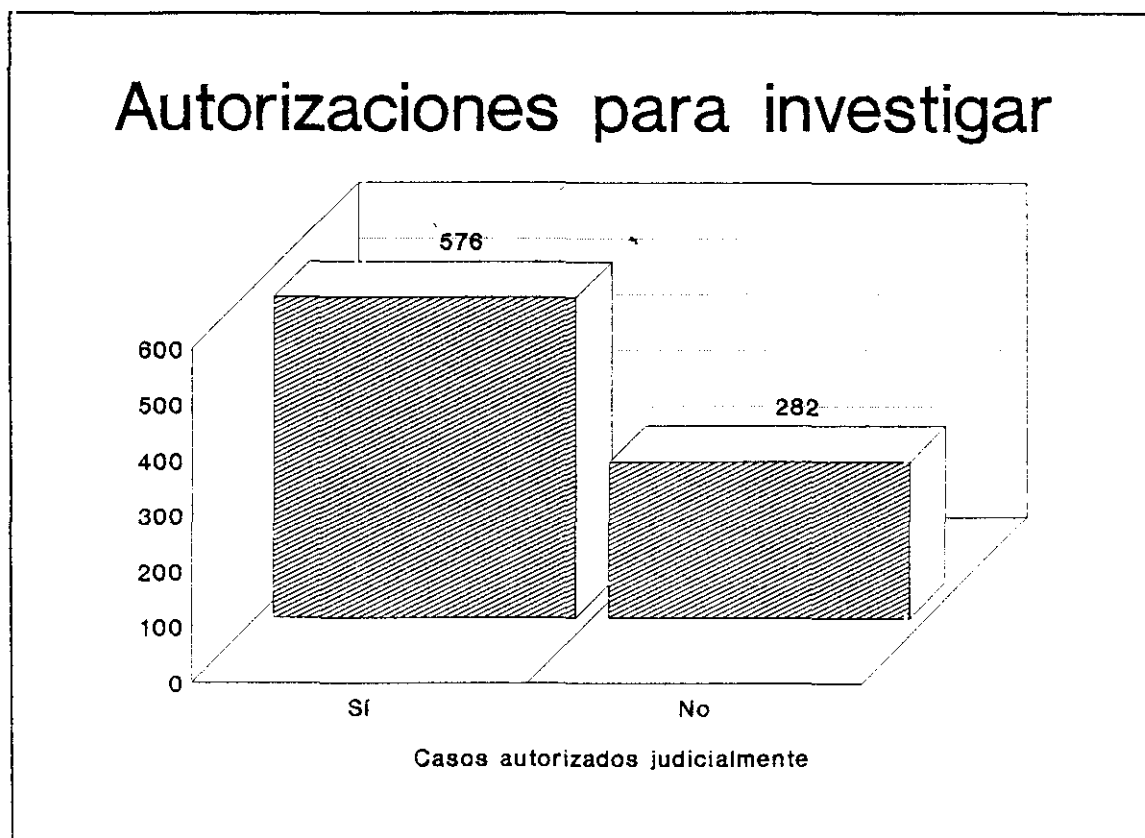
	Casos	%
1989	277	32,28
1990	306	67,13
1991	275	32,00

(Tabla III-1.1.1.: Frecuencia absoluta de suicidio consumado en cada año)

###### 1.1.2. AUTORIZACION

	Casos	%
No	282	32,87
Sí	576	67,13

(Tabla III-1.1.2.: Número de casos según autorización)

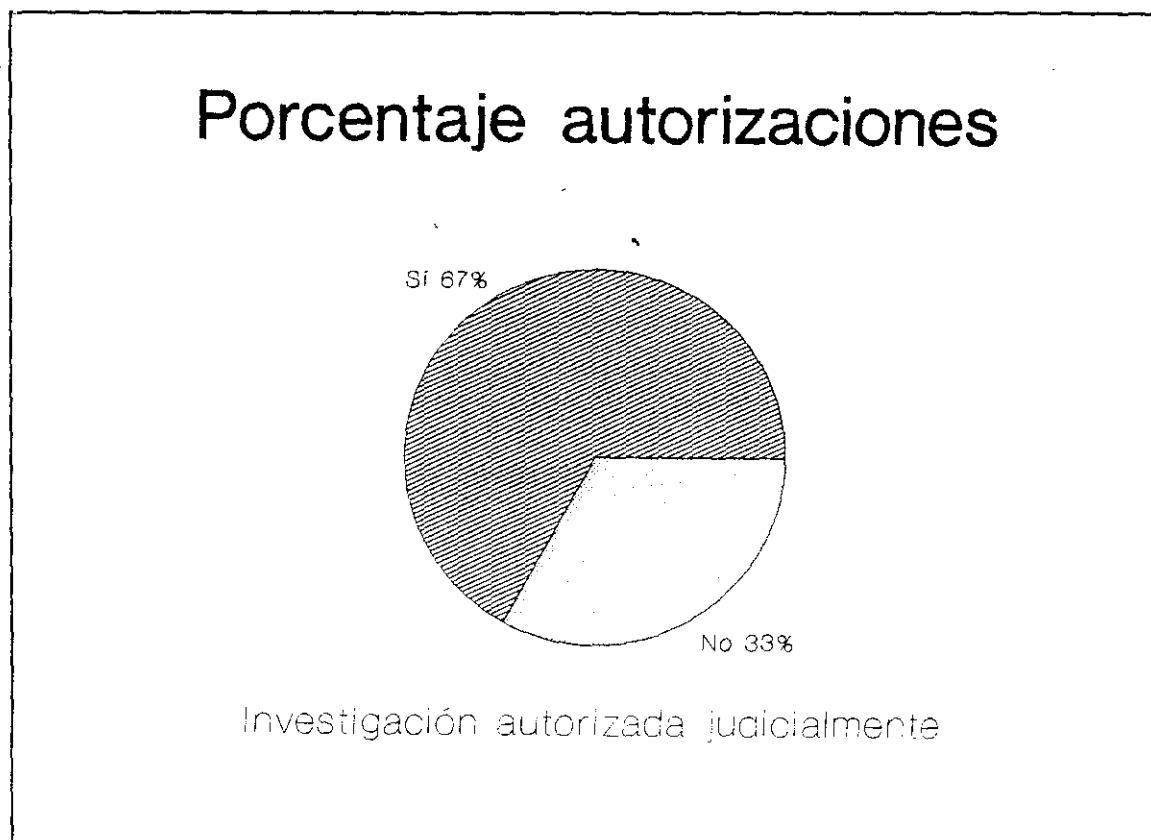


Ilustr. 1 Número de autorizaciones

## 1. DISTRITO SANITARIO

	Casos	%
No autorizados	282	32,87
No pertenecientes al área de Madrid	15	1,74
Area	73	8,51
Area	75	8,74
Area	9	1,05
Area	67	7,81
Area	74	8,62
Area	28	3,26
Area	127	14,80
Area	5	0,58
Area	8	0,93
Area	9	1,05
Area	53	6,18
Area	33	3,85

(Tabla III- 1.1.3.: Distribución de suicidios por área sanitaria, se ha suprimido toda posible identificación de las mismas, a fin de preservar su anonimato).



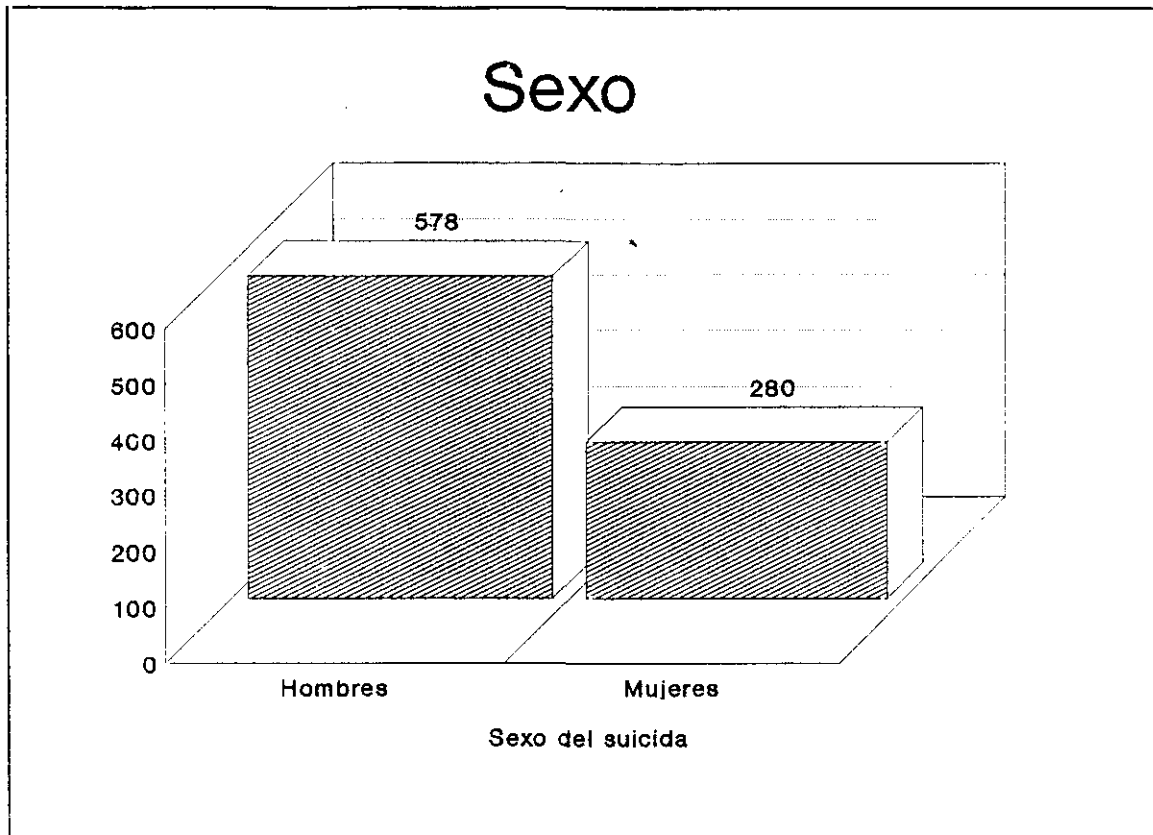
Ilustr. 2 Porcentaje de autorizaciones

## 1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS

### 1.2.1. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

	Casos	%
Varones	578	67,37
Mujeres	280	32,63

(Tabla III- 1.2.1.: Distribución de casos por sexos)

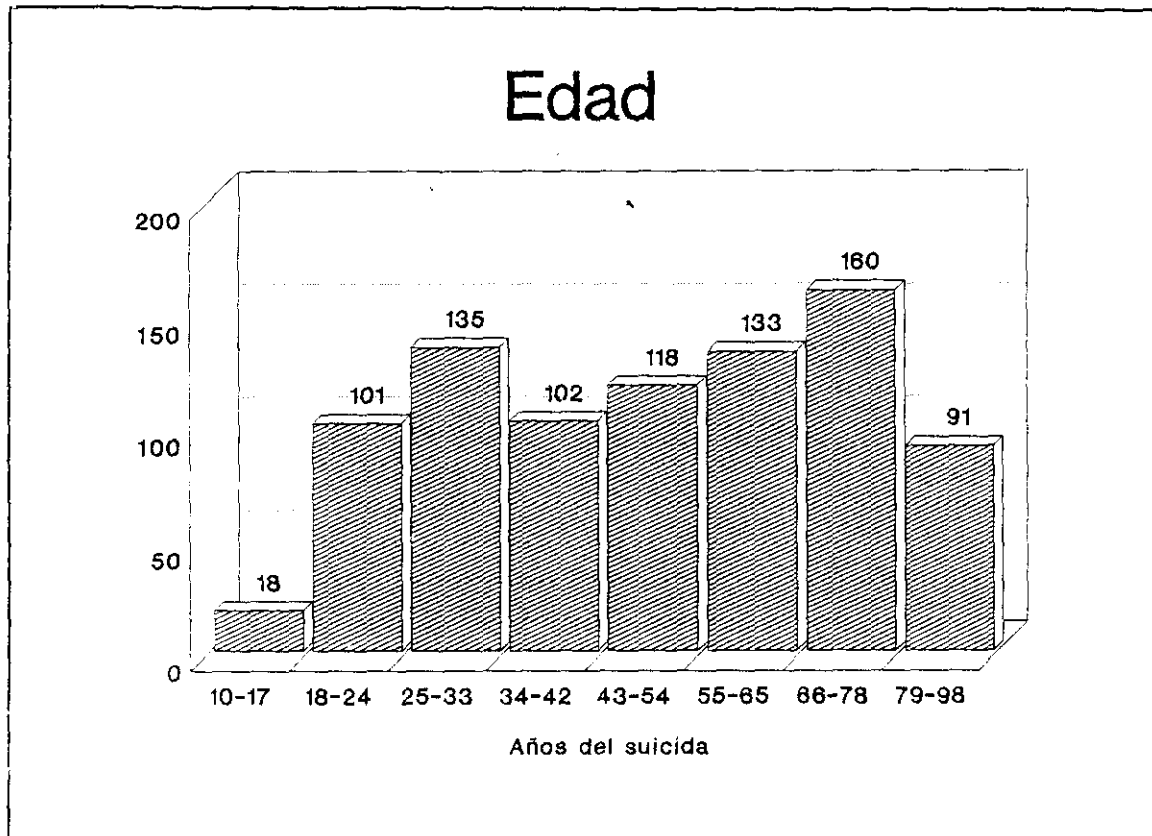


Ilustr. 3 Distribución por sexos

## 1.2.2. DISTRIBUCION POR INTERVALOS DE LA EDAD

	Casos	%
de 10 a 17	18	2,10
de 18 a 24	101	11,77
de 25 a 33	135	15,73
de 34 a 42	102	11,89
de 43 a 54	118	13,75
de 55 a 65	133	15,50
de 66 a 78	160	18,65
de 79 a 98	91	10,61

(Tabla III- 1.2.2.: Distribución de casos por estratos de edad)

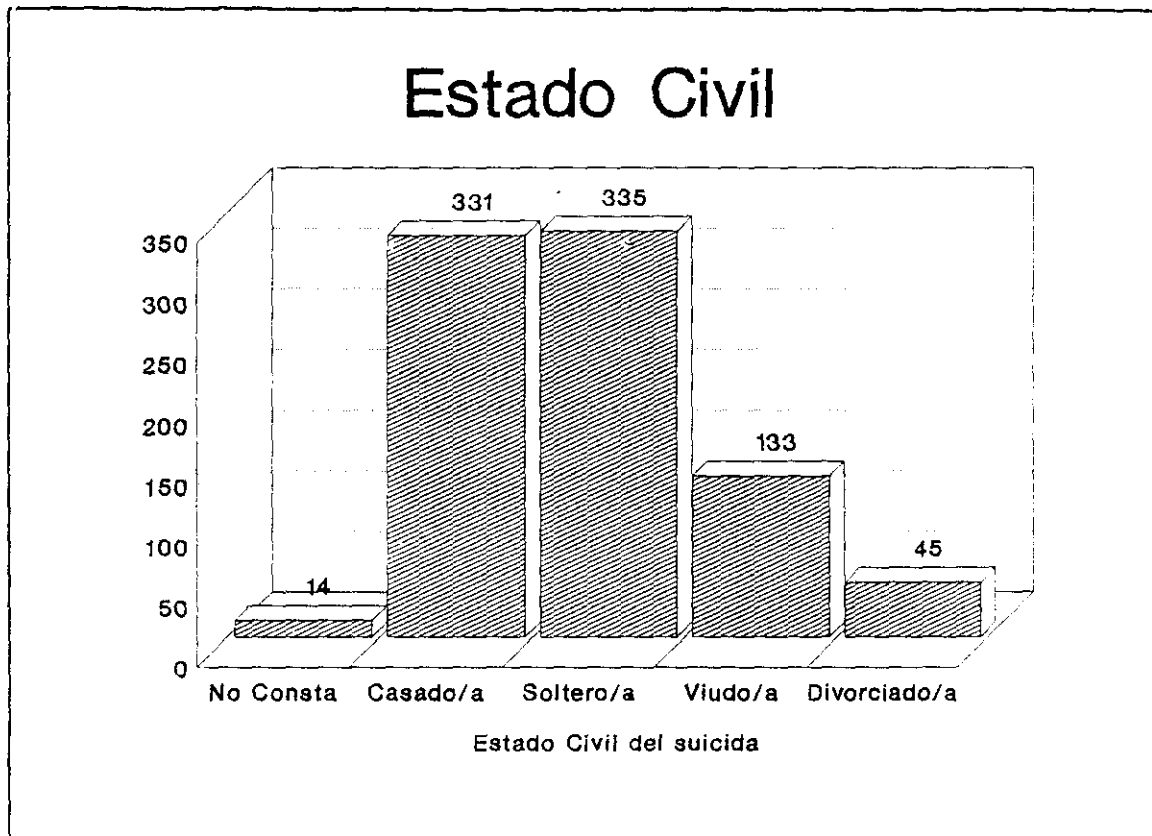


Ilustr. 4 Distribución según los intervalos de edad

#### 1.2.3. ESTADO CIVIL

	Casos	%
No consta	14	1,63
Casado	331	38,58
Soltero	335	39,04
Viudo	133	15,50
Divorciado	45	5,24

(Tabla III- 1.2.3.: Distribución de casos por estado civil)

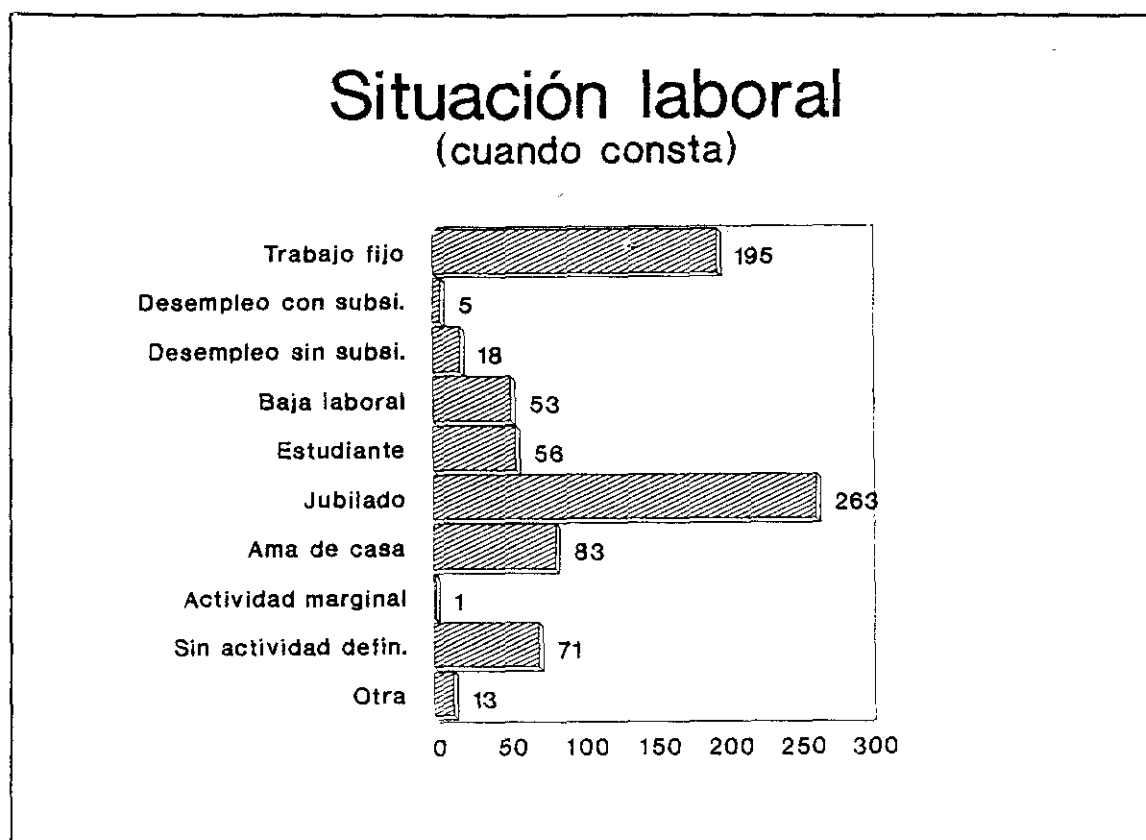


Ilustr. 5 Distribución de los suicidios según el estado civil

#### 1.2.4. SITUACION LABORAL

	Casos	%
No consta	100	11,66
Trabajo fijo	195	22,73
Desempleo con subsidio	5	0,58
Desempleo sin subsidio	18	2,10
Baja laboral	53	6,18
Estudiante	56	6,53
Jubilado	263	30,65
Ama de casa	83	9,67
Actividades Marginales	1	0,12
Sin actividad definida	71	8,28
Otra actividad laboral	13	1,52

(Tabla III- 1.2.4.: Distribución de casos por situación laboral)

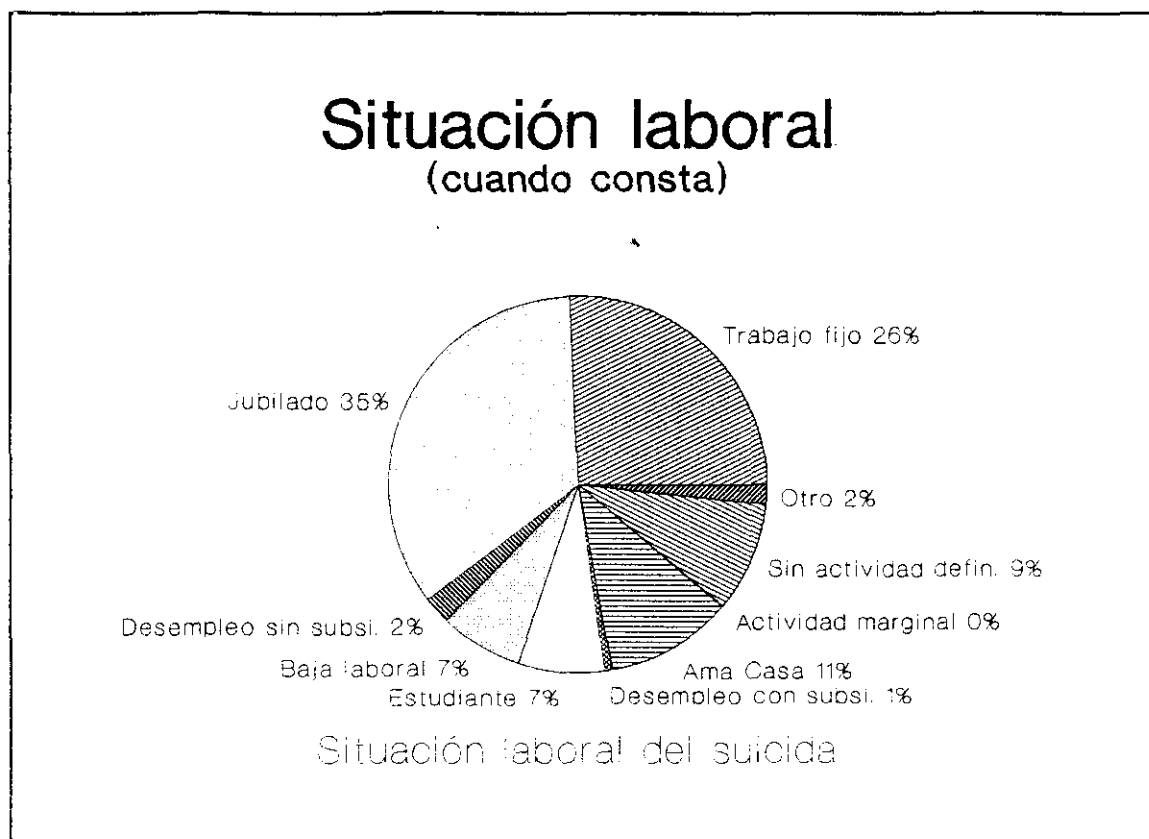


Ilustr. 6 Distribución de los suicidas por su situación laboral

#### 1.2.5. CONVIVENCIA

	Casos	%
No consta	251	29,25
Familia extensa	334	38,93
Familia nuclear	66	7,69
Otros familiares	24	2,80
Amigos	6	0,70
Sólo	106	12,35
Hospital	38	4,43
Institución	33	3,58

(Tabla III- 1.2.5.: Distribución de casos por tipo de convivencia)

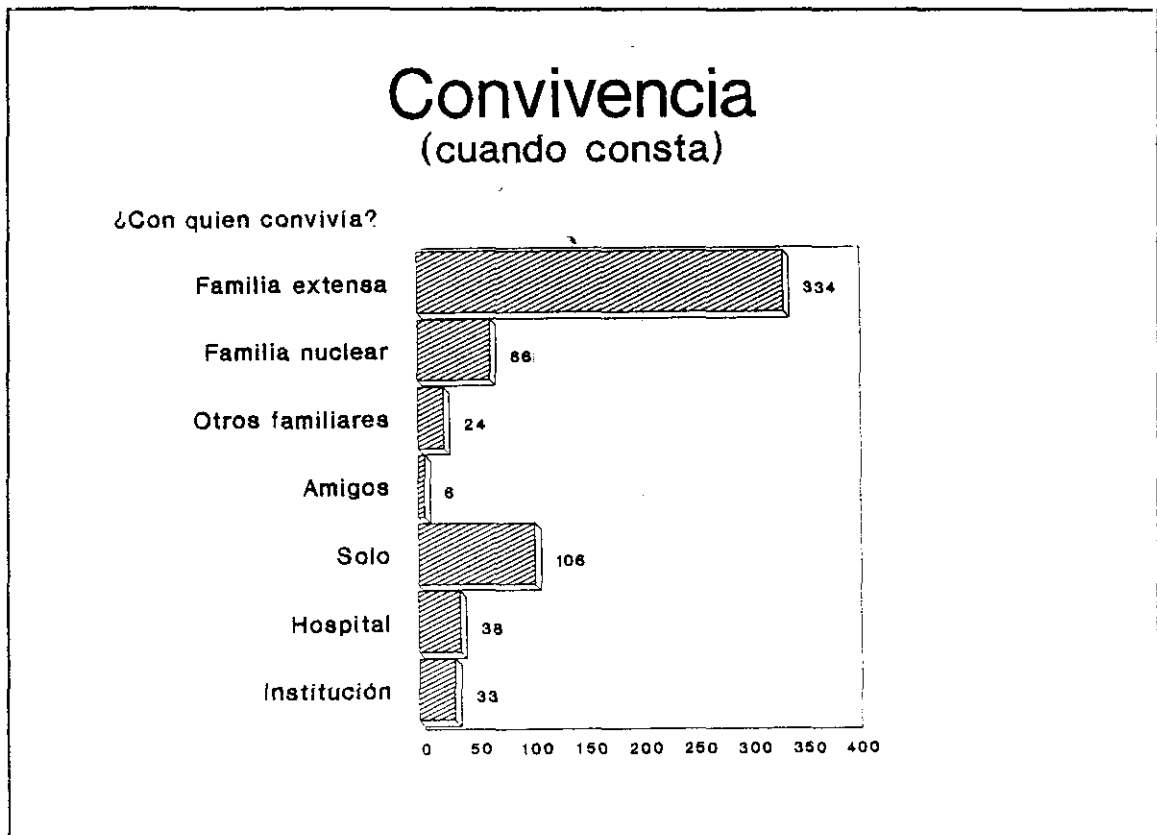


Ilustr. 7 Distribución porcentual según la situación laboral de los sujetos

### 1.2.6. PROBLEMÁTICA SOCIAL ACOMPAÑANTE

	Casos	%
No consta	514	59,91
No, categórico	96	11,19
Pérdida de un deudo	22	2,56
Económica	18	2,10
Judicial	13	1,52
Patología orgánica	104	12,12
Problemas sentimentales	10	1,17
Problemas familiares	13	1,52
Adicción a drogas y/o alcohol	48	5,59
Combinada	20	2,33

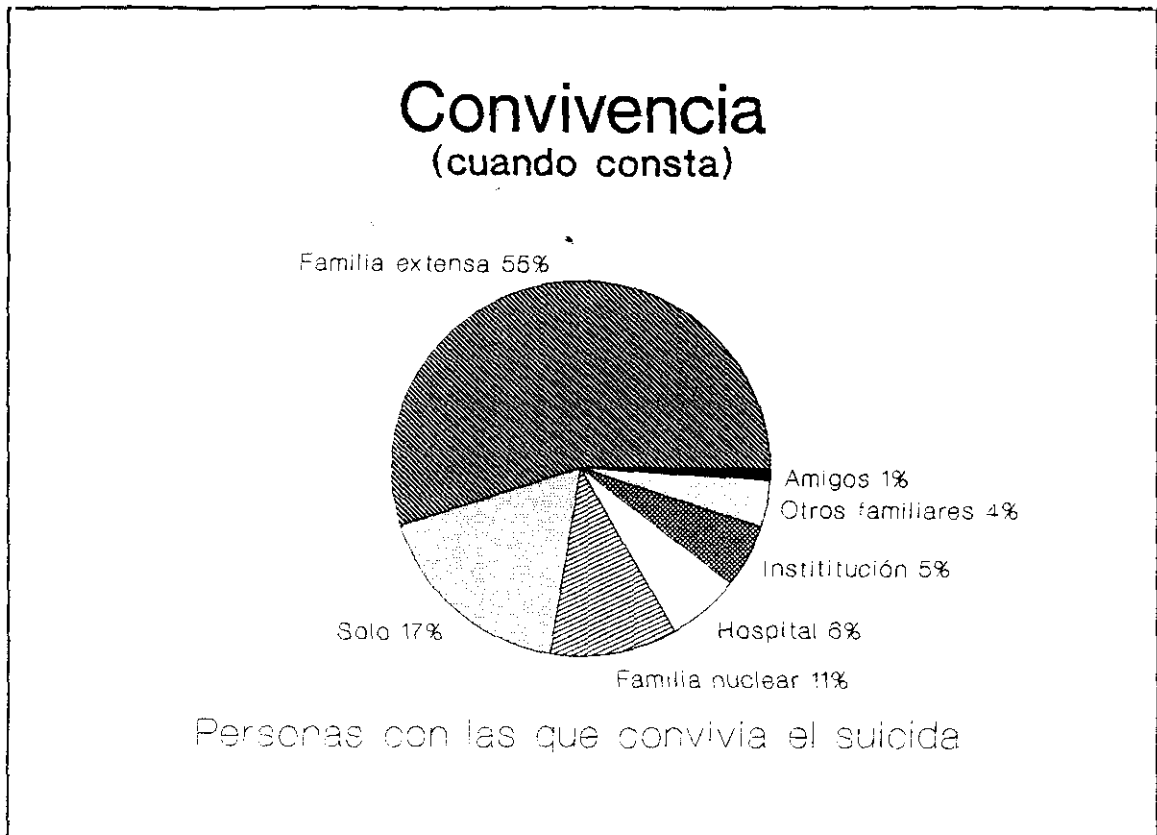
(Tabla III- 1.2.6.: Distribución de casos por la problemática acompañante en el momento de la muerte)



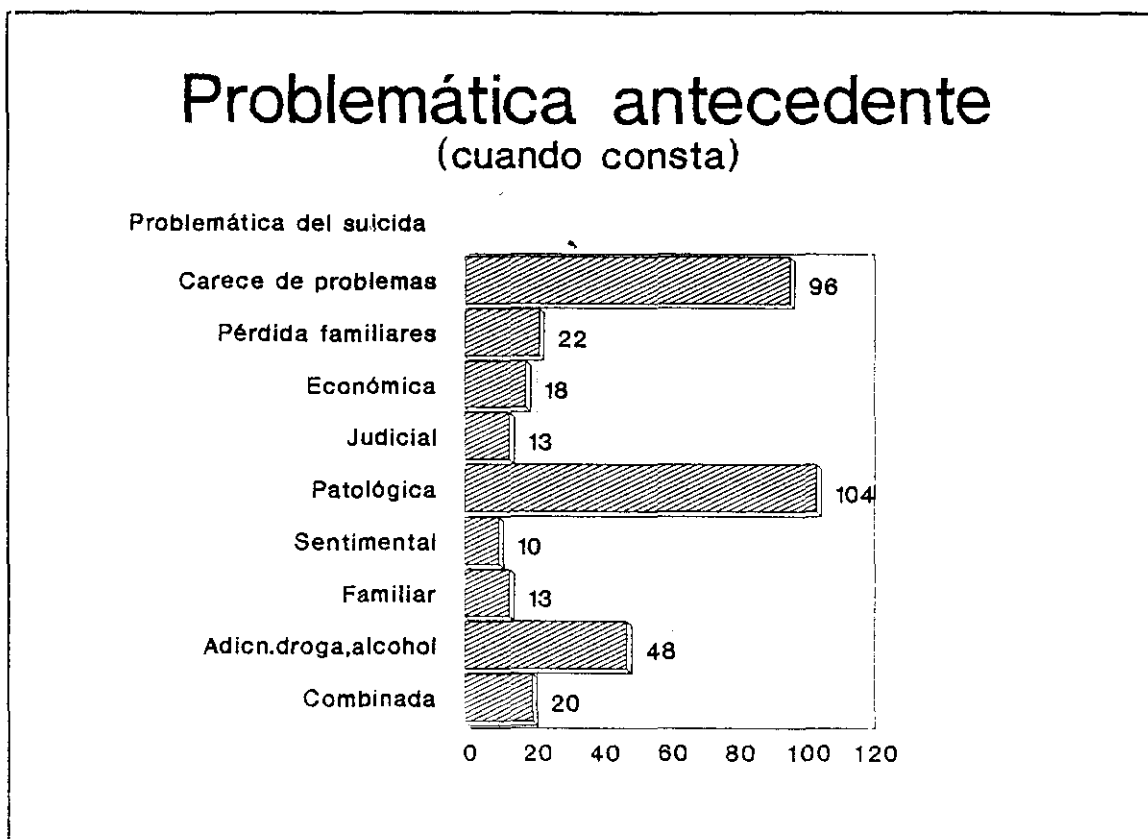
Ilustr. 8 Descripción de los sujetos por el tipo de convivencia

#### 1.2.6.1. DESGLOSE DE LA PROBLEMATICA COMBINADA

- ADICCIÓN A DROGAS Y VHI(+): 10, (de ellos tres en la cárcel)
- DROGAS MAS PROBLEMAS JURÍDICOS: 2
  - ECONÓMICOS Y PATOLOGÍA ORGANICA: 2
  - ECONÓMICOS Y FAMILIARES: 2
  - ALCOHOL MAS ORGANICO: 1
  - FAMILIARES MAS SERVICIO MILITAR: 1
  - FAMILIARES MAS ALCOHOL: 2 (Cuartel)



**Ilustr. 9** Distribución porcentual según el tipo de convivencia

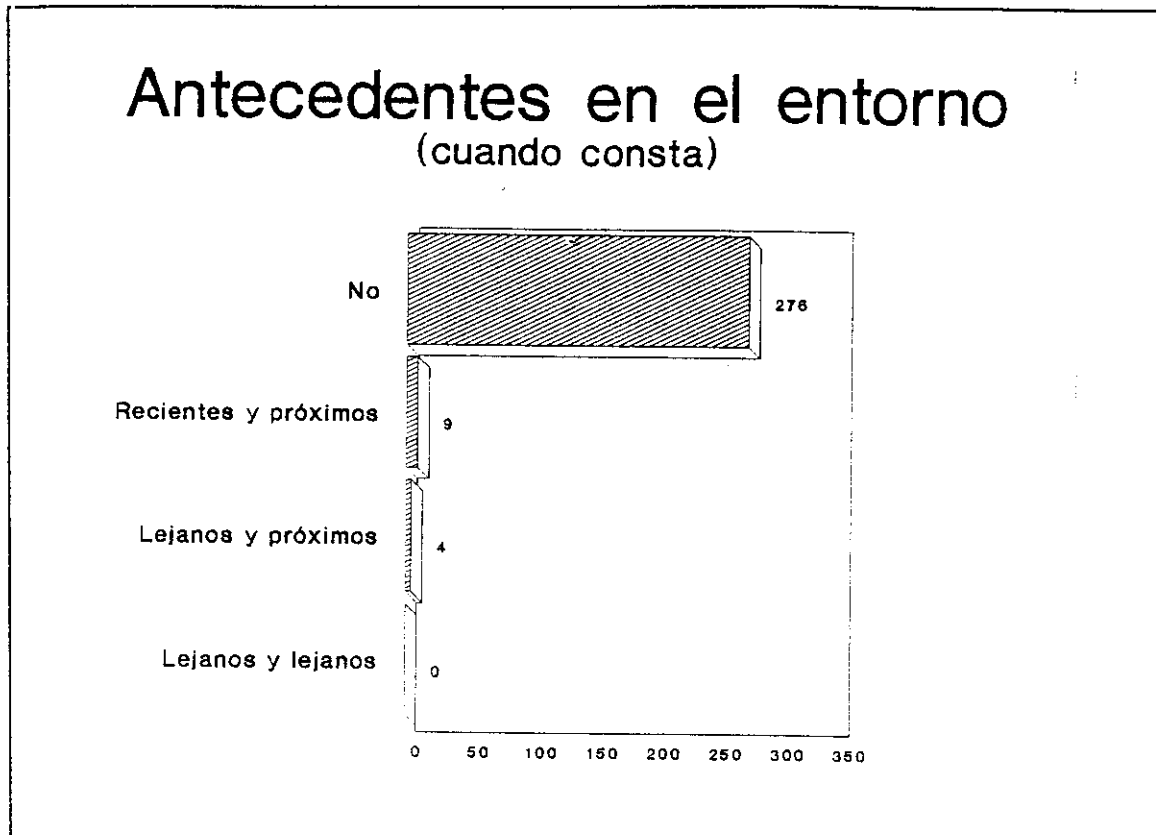


Ilustr. 10 Distribución de los casos según la problemática social asociada

### 1.2.7. ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL ENTORNO DEL SUJETO

	Casos	%
No consta	569	66,32
No	276	32,17
Sí, recientes y próximos	9	1,05
Sí, lejanos y próximos	4	0,47
Sí, lejanos y lejanos	0	0,00

(Tabla III- 1.2.7.: Distribución de casos según la existencia de antecedentes familiares de suicidio)

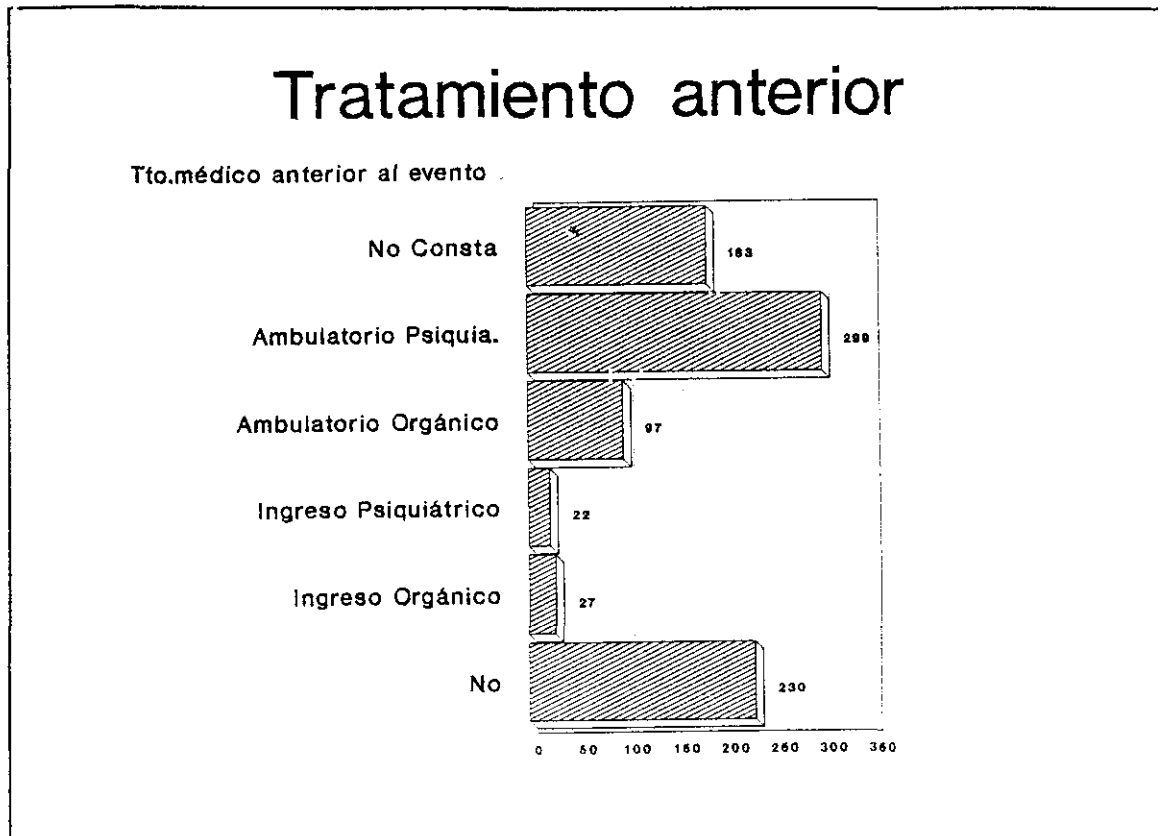


Ilustr. 11 Antecedentes familiares de suicidio

### 1.2.8. TRATAMIENTO A QUE ESTABA SOMETIDO EN EL MOMENTO DE LA MUERTE

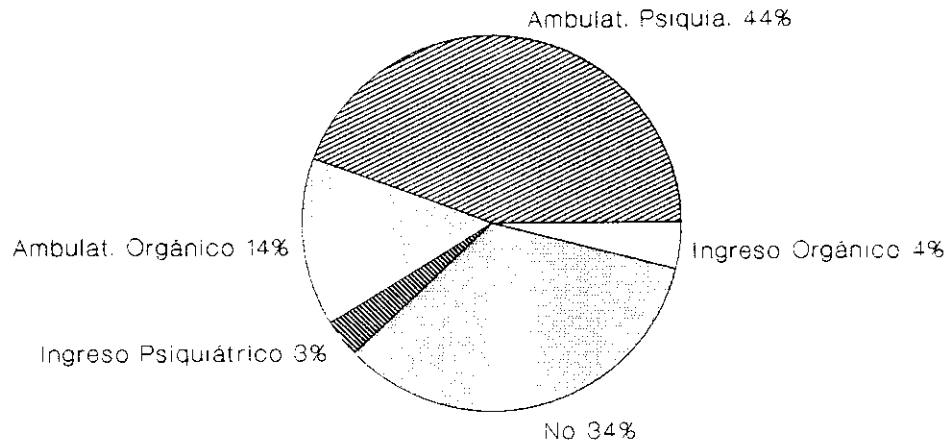
	Casos	%
No consta	183	21,33
Ambulatorio psiquiátrico	299	34,85
Ambulatorio orgánico	97	11,31
Ingreso psiquiátrico	22	2,56
Ingreso orgánico	27	3,15
No tenía tratamiento	230	26,81

(Tabla III- 1.2.8.: Distribución de los sujetos según el tratamiento a que estaban siendo sometidos)



Ilustr. 12 Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto

## Tratamientos anteriores (cuando constan)



Tratamientos anteriores al suicidio

Ilustr. 13 Distribución porcentual según el tipo de tratamiento a que estaban siendo sometidos

### 1.3. CARACTERISTICAS DEL SUICIDIO

#### 1.3.1. INTENTO CONSUMADO

##### 1.3.1.1. METODO EMPLEADO

	Casos	%
Arma de fuego	84	9,79
Arma blanca	16	1,86
Caústicos	14	1,63
Co y Butano	12	1,40
Medicamentos	63	7,34
Drogas (sobredosis)	1	0,12
Autoincineración	5	0,58
Precipitación	417	48,60
Sumersión	19	2,21
Ahorcadura	178	20,75
Sofocación	2	0,23
Ferrocarril	35	4,08
Tráfico	3	0,35
Combinada	9	1,05

1.3.1.1.1. COMENTARIOS A LOS METODOS UTILIZADOS

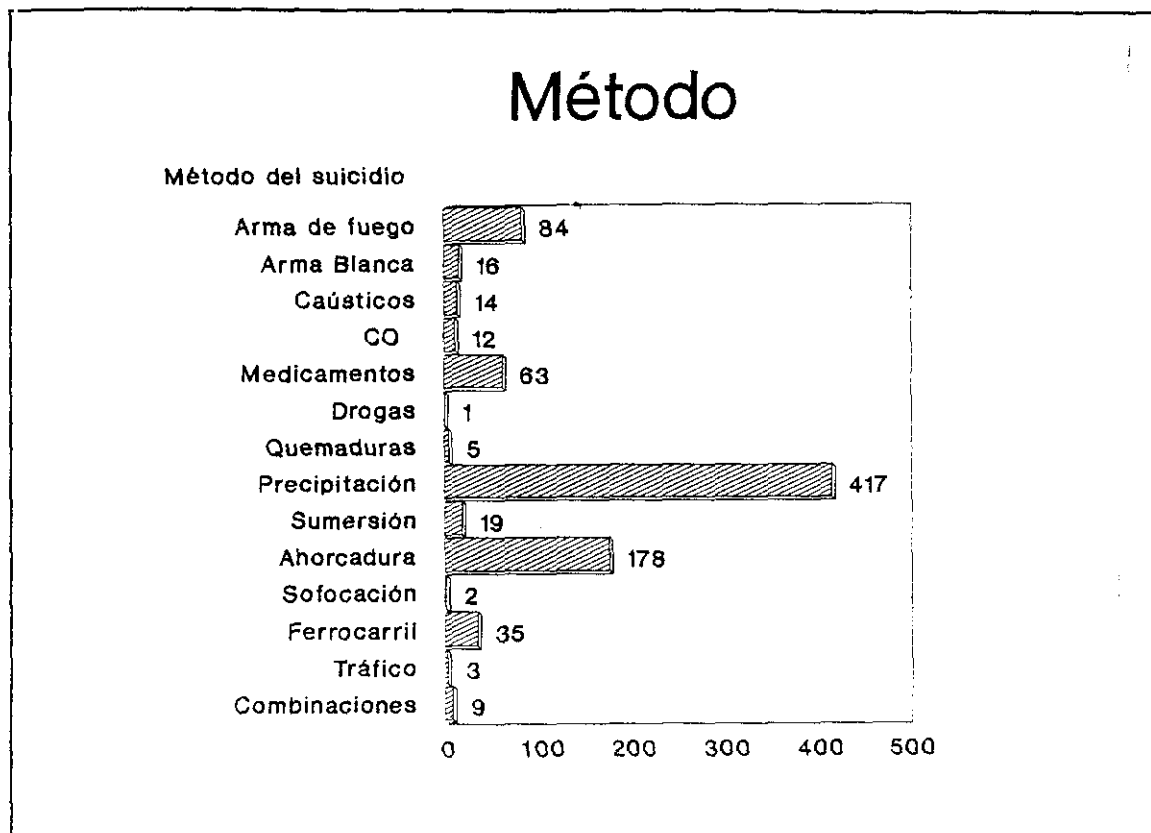
SUMERSIÓN:

- Métodos en proximidad o incluso en su domicilio: Pozo, depósito de tintorería, bañera del domicilio(!).
- Métodos en lugar lejano: Rio Manzanares.

FERROCARRIL:

El que lo usa es un sujeto que tiene el acceso limitado a otros medios, bien por sí mismo o por los que le rodean: El 22,8% de ellos tiene un diagnóstico médico de enfermedad mental (esquizofrenia, fundamentalmente), con historia de ingresos psiquiátricos. Incluso en dos ocasiones el suicidio por este método se produce durante el ingreso.

Las mujeres son drogadictas o en tratamiento ambulatorio psiquiátrico, vigiladas en el marco familiar. Los jóvenes, todos ellos varones, sin tratamiento, con conductas marginales, pero aún en sus primeros grados.



Ilustr. 14 Método empleado en el intento consumado

## 1.3.1.2. LUGAR DEL SUICIDIO

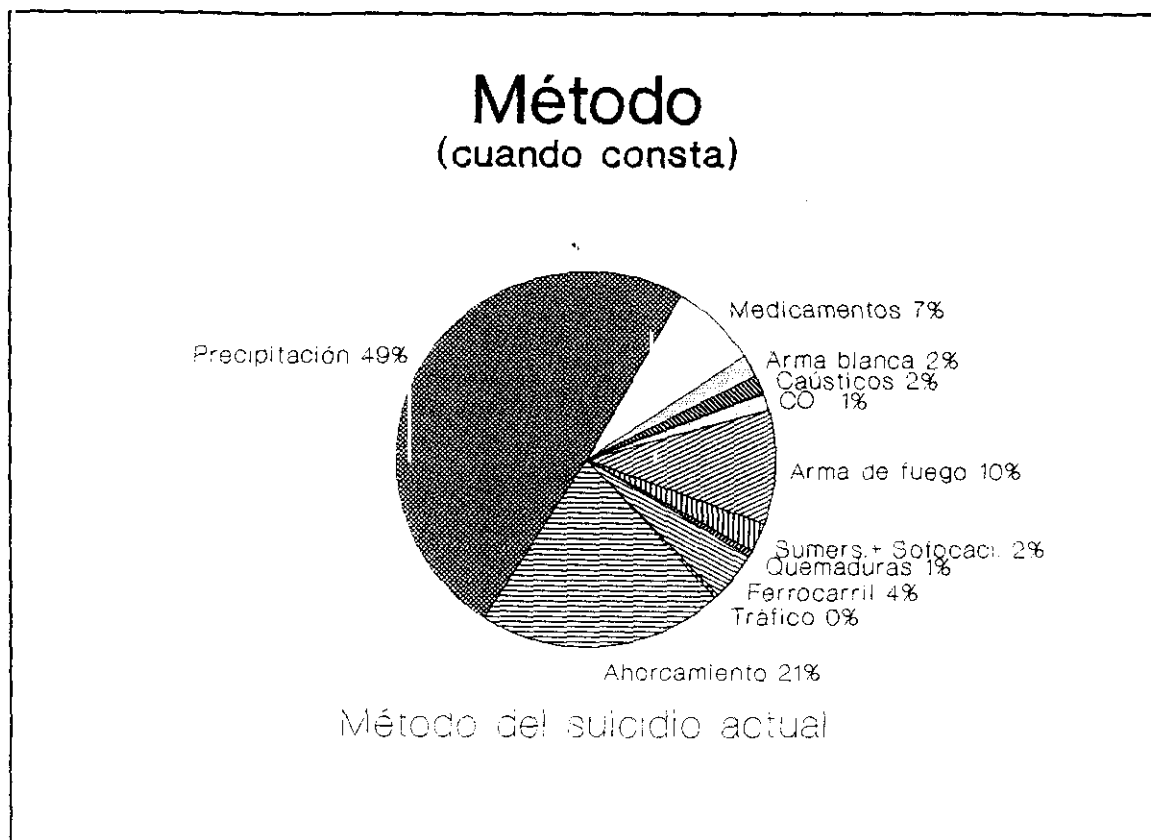
	Casos	%
Domicilio propio	579	67,48
Otro domicilio	43	5,01
Vía pública próxima al domicilio	26	3,03
Vía pública lejana al domicilio	114	13,29
Institución	96	11,19

(Tabla III- 1.3.2.: Distribución de casos por lugar del suicidio)

## 1.3.1.3. HORA

	Casos	%
No consta	102	11,89
de 0 a 6	158	18,41
de 6 a 12	249	29,02
de 12 a 19	224	26,11
de 19 a 24	125	14,57

(Tabla III- 1.3.3.: Distribución de casos por hora del suicidio)



Ilustr. 15 Distribución porcentual de los métodos utilizados en el suicidio consumado

#### 1.3.1.4. DIA DE LA SEMANA

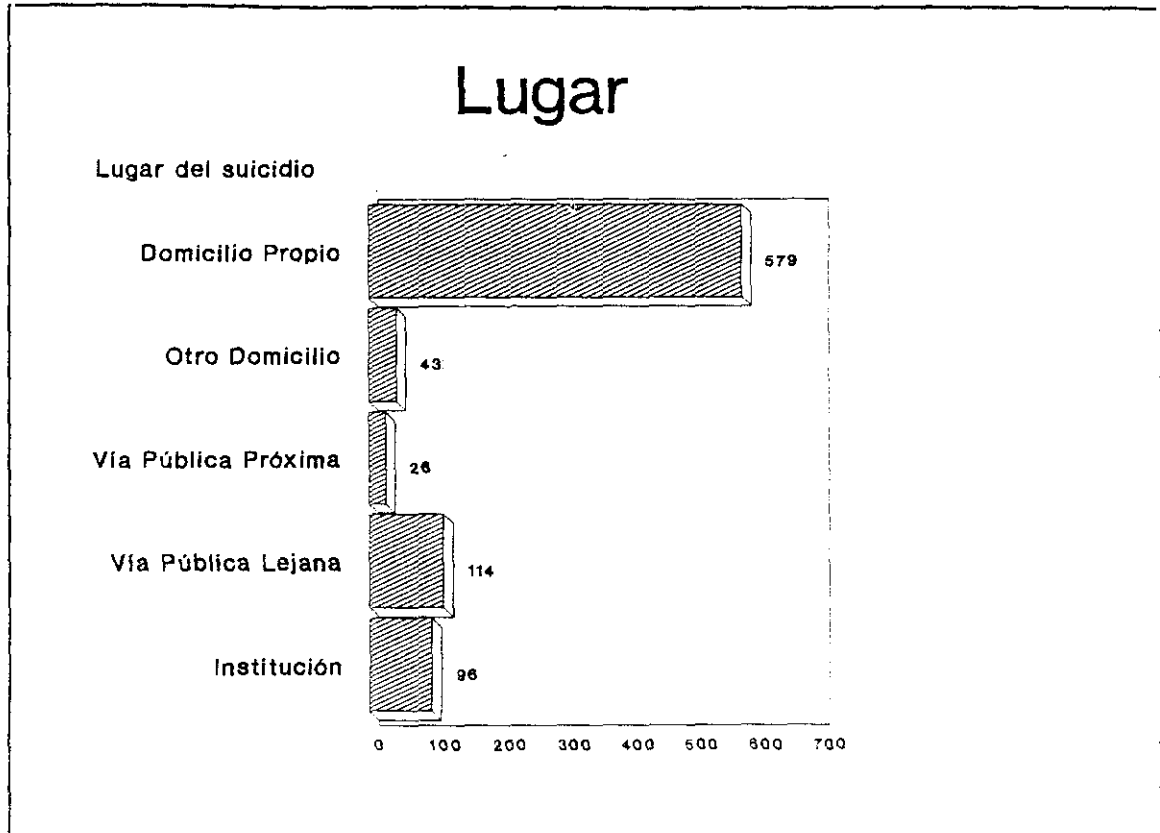
	Casos	%
Lunes	148	17,25
Martes	115	13,40
Miércoles	136	15,85
Jueves	130	15,15
Viernes	110	12,82
Sábado	95	11,07
Domingo	124	14,45

(Tabla III- 1.3.4.: Distribución de casos por el día de la semana)

## 1.3.1.5. MES DEL AÑO

	Casos	%
Enero	80	9,32
Febrero	60	6,99
Marzo	84	9,79
Abril	91	10,61
Mayo	84	9,79
Junio	64	7,46
Julio	72	8,39
Agosto	49	5,71
Septiembre	73	8,51
Octubre	64	7,46
Noviembre	72	8,39
Diciembre	65	7,58

(Tabla III- 1.3.5.: Distribución de casos por el mes)



Ilustr. 16 Lugar donde se llevó a cabo el suicidio

#### 1.3.1.6. ¿DEJO ESCRITO EXPLICATIVO?

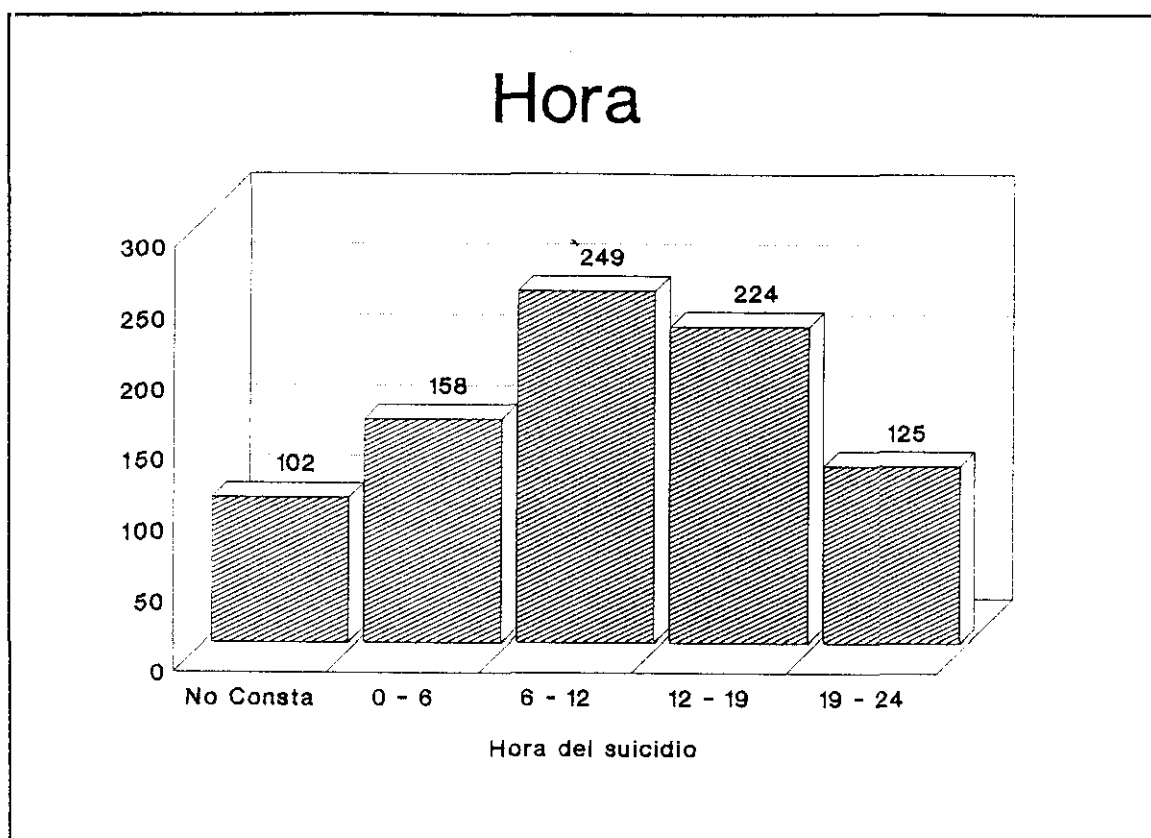
	Casos	%
No	847	98,72
Sí	11	1,28

(Tabla III- 1.3.6.: Distribución de casos por existencia de escrito)

#### 1.3.1.7. SUICIDIO AMPLIADO

	Casos	%
No	855	99,65
Sí	3	0,35

(Tabla III- 1.3.7.: Distribución de casos por existencia de suicidio ampliado)



Ilustr. 17 Hora en que se produjo el intento consumado

#### 1.3.1.8. PETICION DE AYUDA

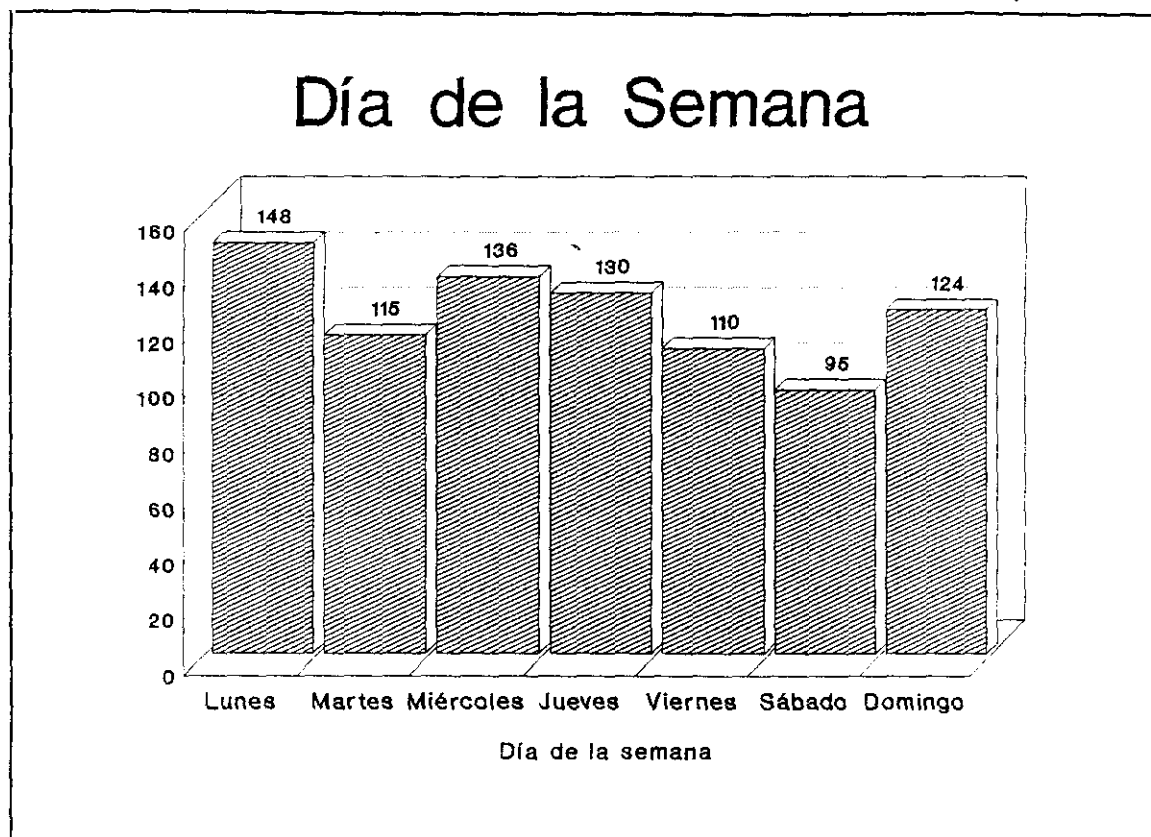
	Casos	%
No consta	808	94,17
Sí, explícita	32	3,73
Si, implícita	18	2,10

(Tabla III- 1.3.8.: Distribución de casos por Solicitud de Ayuda)

#### 1.3.1.9. AVISO PREVIO

	Casos	%
No consta	549	63,99
Sí	116	13,52
No	193	22,49

(Tabla III- 1.3.9.: Distribución de casos por existencia de aviso previo)



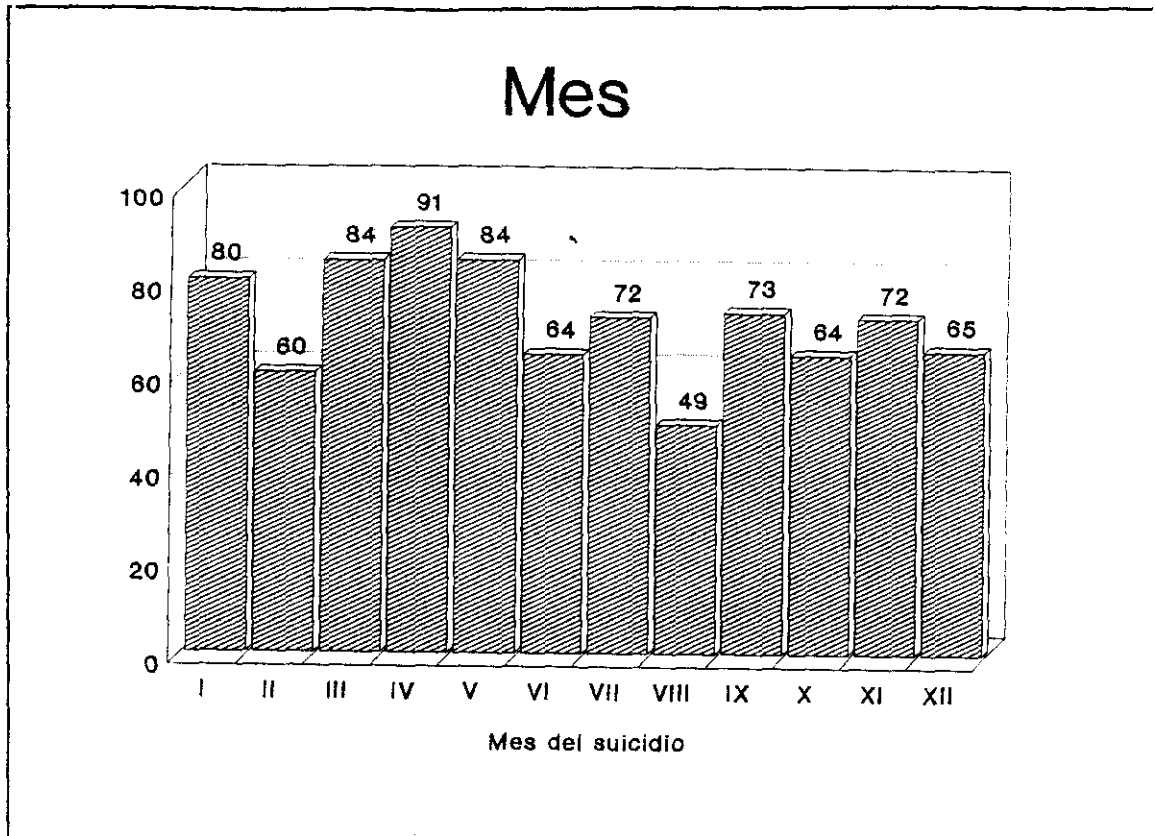
Ilustr. 18 Distribución según el día de la semana en que se consumó el suicidio

#### 1.3.2. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

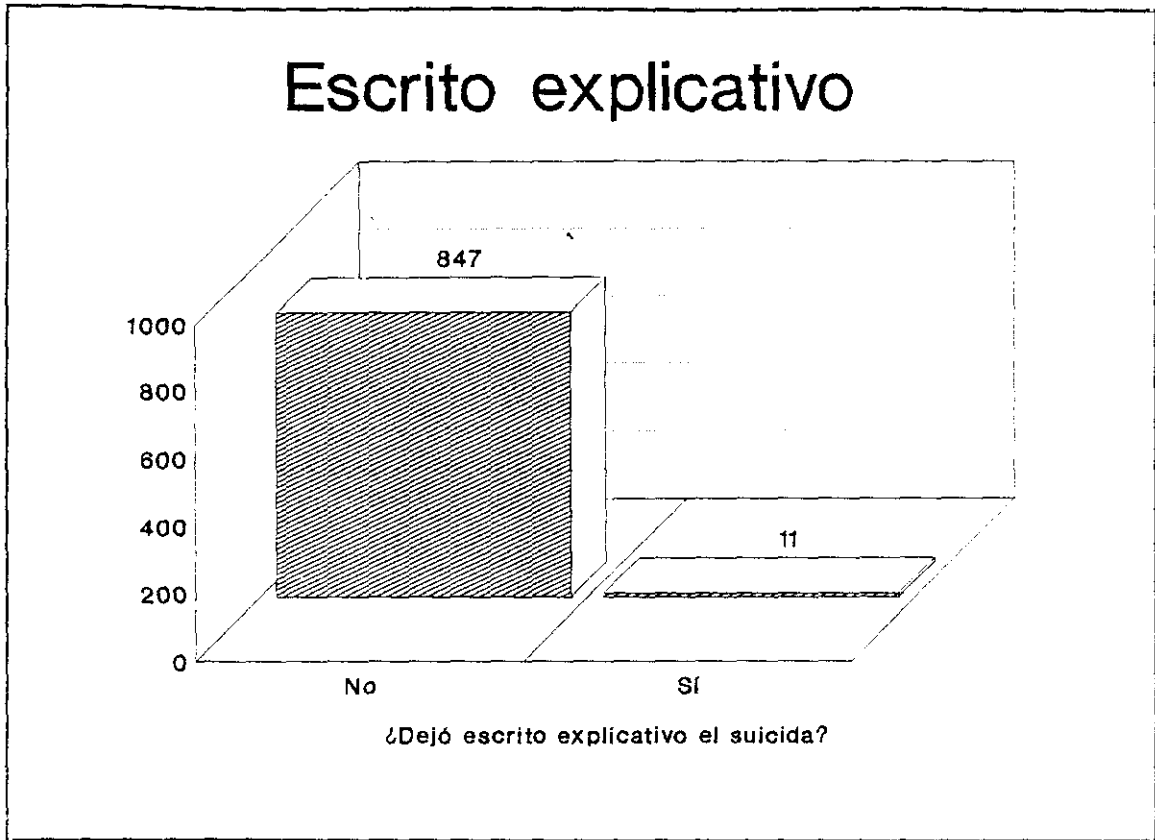
Para Leon y Friedman aumenta el riesgo de consumir el suicidio un 32% ante cada nuevo intento ( Ver nota bibliográfica 60).

	Casos	%
No constan	299	34,85
Es la primera	412	48,02
De 2 a 4	111	12,94
Más de 4	36	4,20

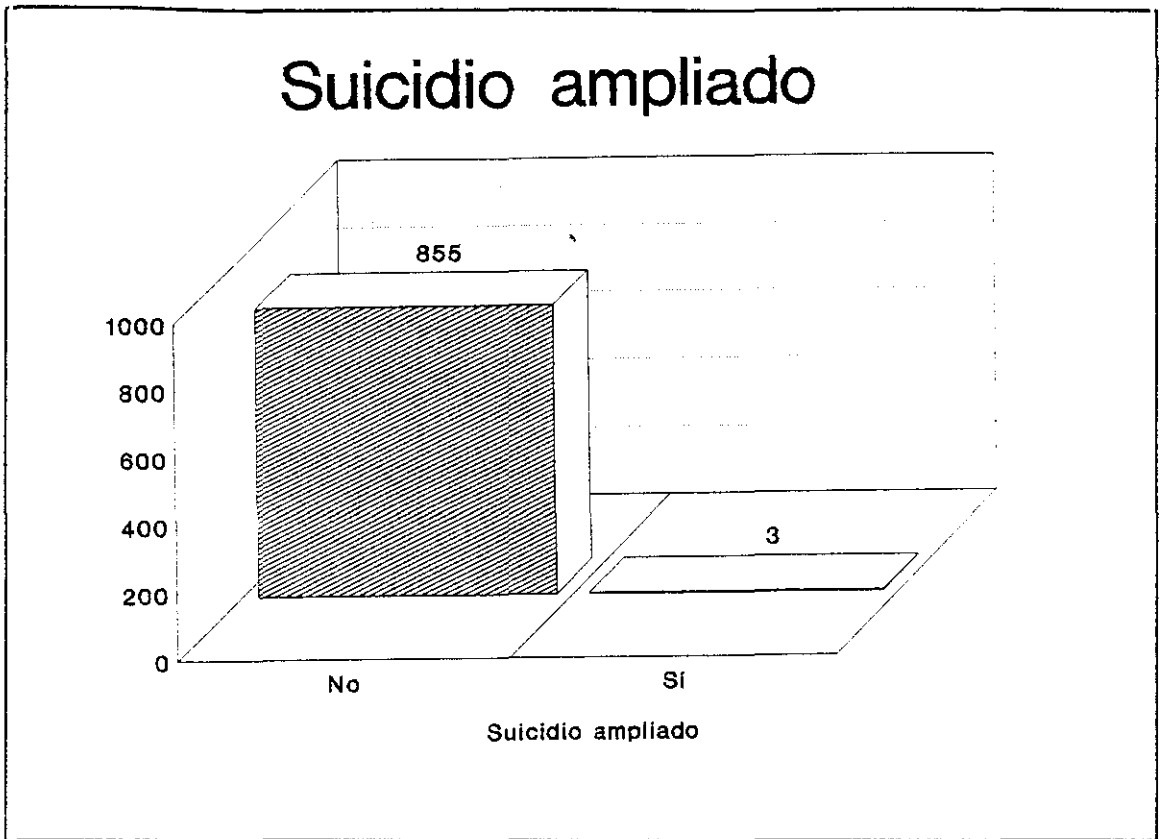
(Tabla III- 1.3.10.: Distribución de casos por tentativas anteriores)



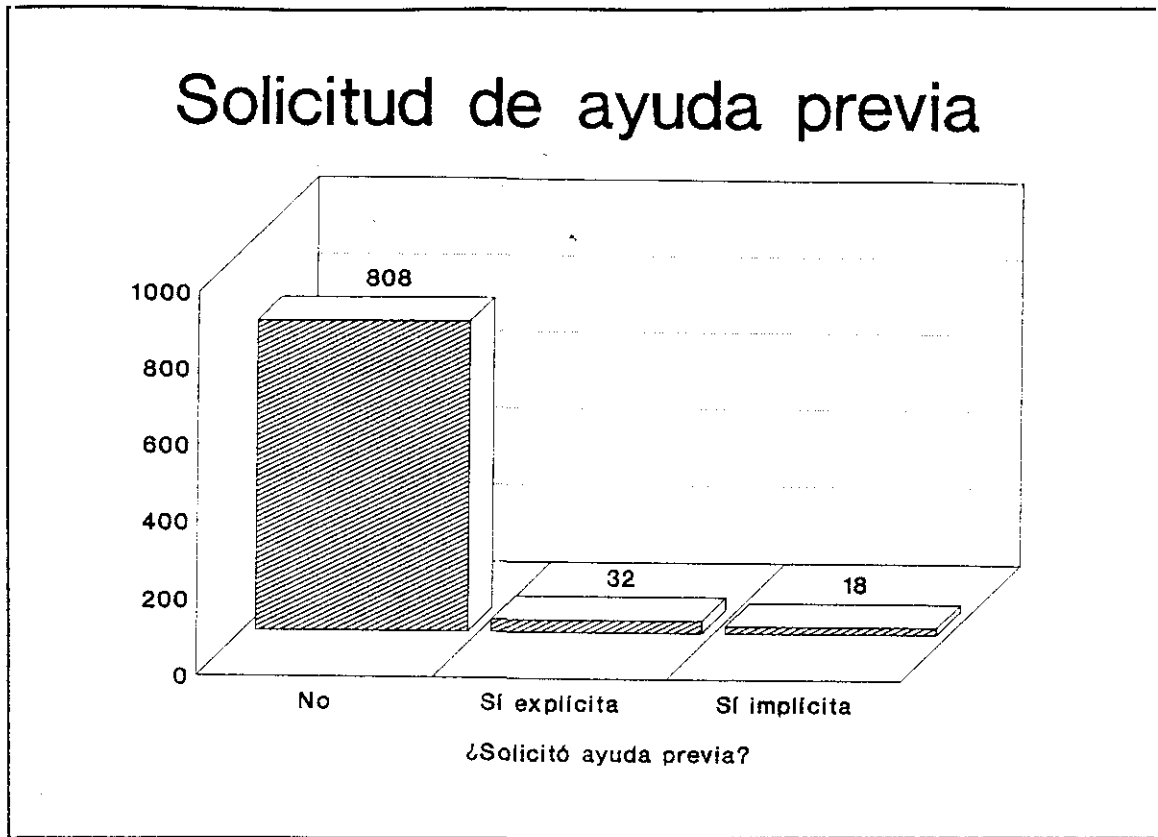
Ilustr. 19 Distribución de los casos según en el mes en que se llevó a cabo la autolisis



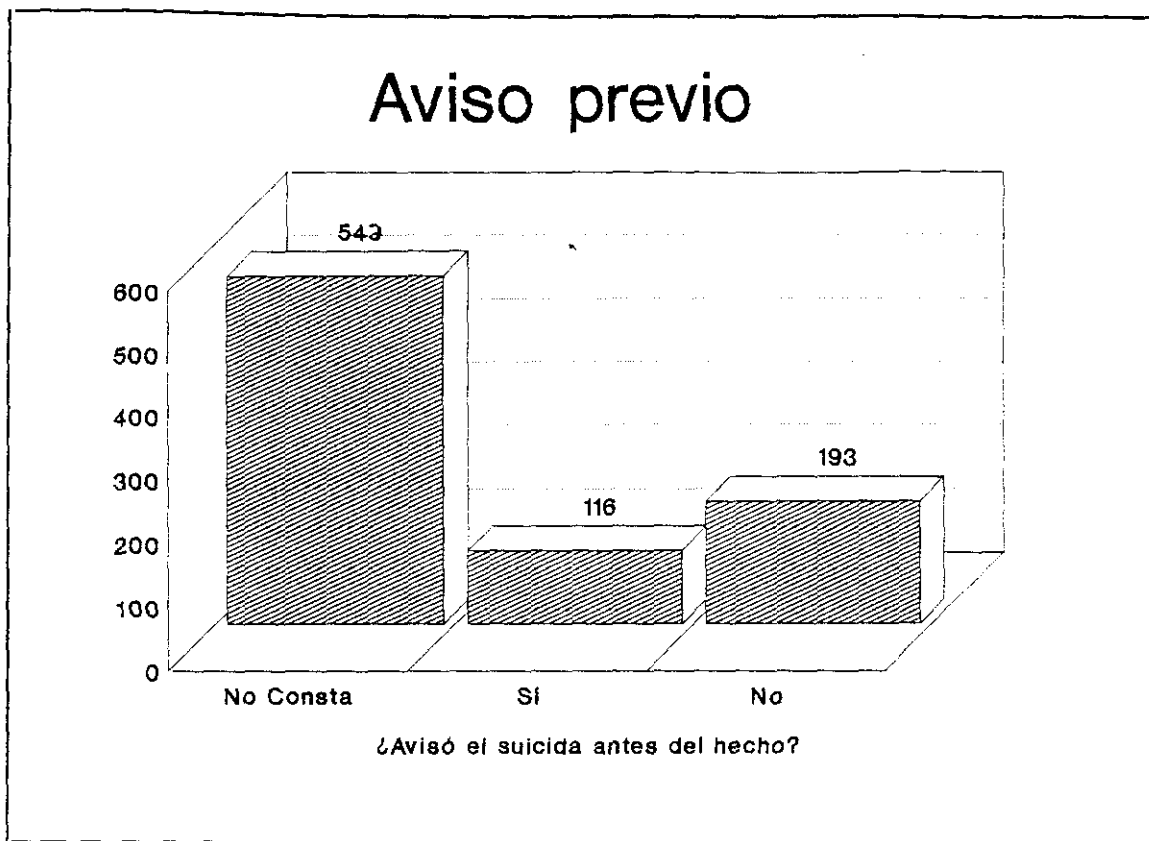
Ilustr. 20 Evidentemente no lo dejó.



Ilustr. 21 Suicidio ampliado/ Pacto suicida



Ilustr. 22 ¿existió petición de ayuda

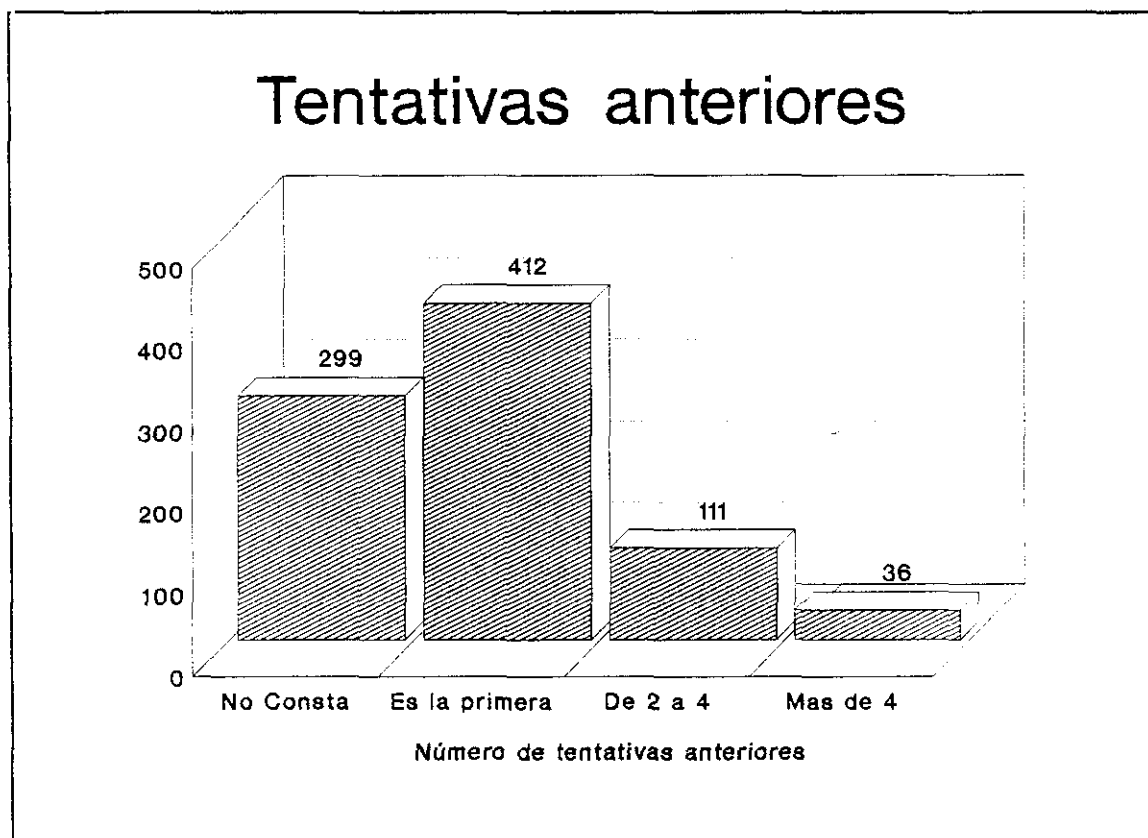


Ilustr. 23 ¿Sabía su entorno que se iba a suicidar

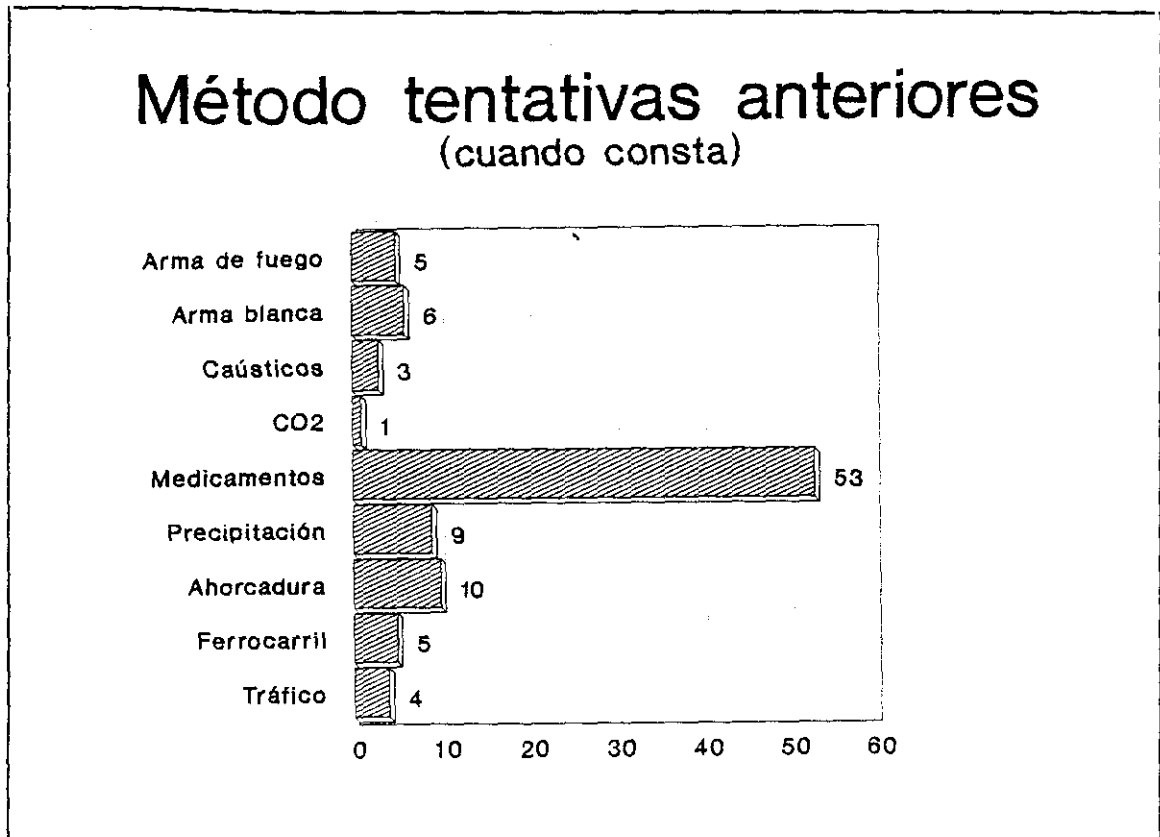
## 1.3.2.1. METODO EMPLEADO EN EL INTENTO ANTERIOR

	Casos	%
No consta	762	88,81
Arma de Fuego	5	0,58
Arma Blanca	6	0,70
Caústicos	3	0,35
CO y Butano	1	0,12
Medicamentos	53	6,18
Drogas (sobredosis)	0	0,00
Autoincineración	0	0,00
Precipitación	9	1,05
Sumersión	0	0,00
Ahorcadura	10	1,17
Sofocación	0	0,00
Ferrocarril	5	0,58
Tráfico	4	0,47
Combinada	0	0,00

(Tabla III- 1.3.11.: Distribución por el método empleado en intento anterior)



Ilustr. 24 Descripción de los sujetos según el número de intentos previos



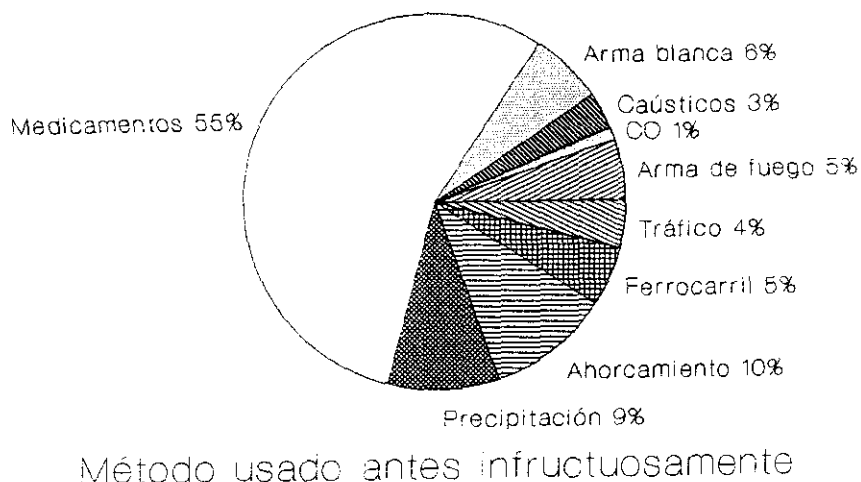
Ilustr. 25 Método de los intentos de suicidio previos, cuando este consta

#### 1.3.2.2. NECESIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA EN EL INTENTO ANTERIOR

	Casos	%
No consta	790	92,07
U.C.I.	16	1,86
Leve	38	4,43
No necesitaron	14	1,63

(Tabla III- 1.3.12.: Distribución por el tipo de asistencia sanitaria recibida en intento anterior)

## Método tentativas anteriores (cuando consta)



Ilustr. 26 Distribución porcentual de los sujetos según el método empleado en el intento de suicidio previo al consumado

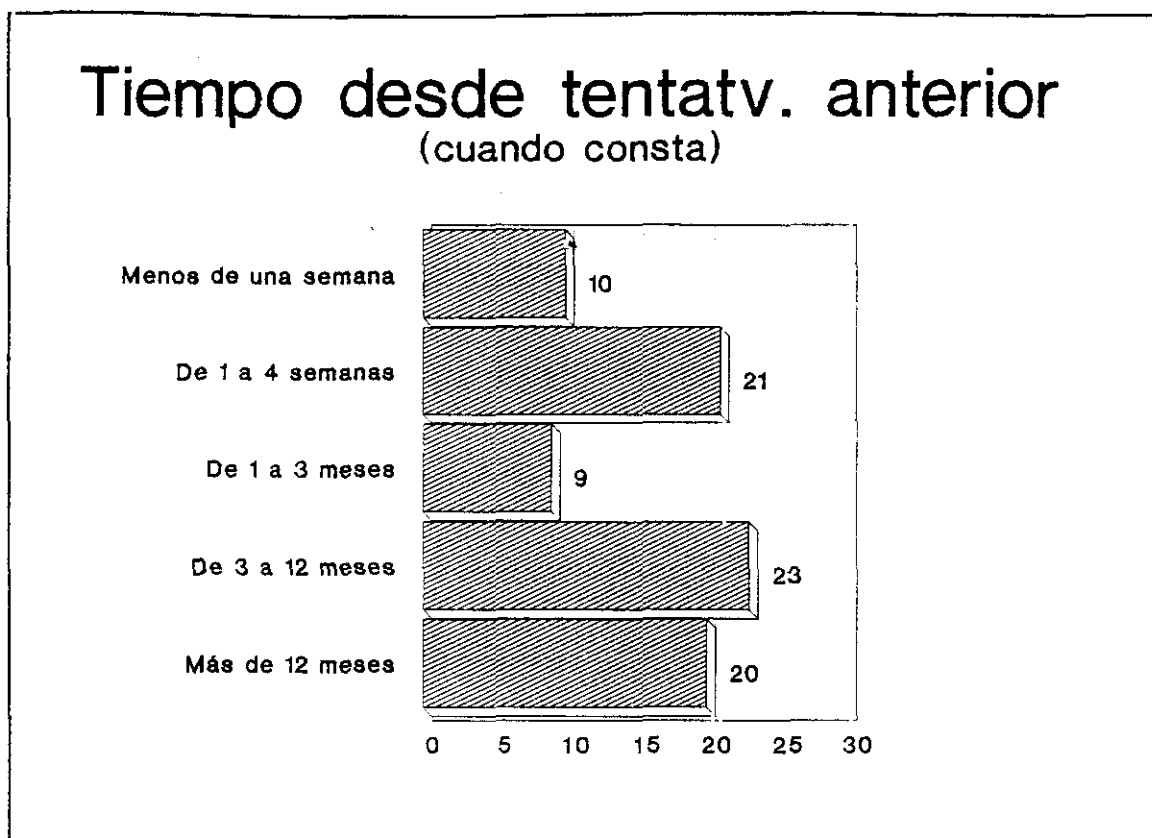
### 1.3.2.3. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO

	Casos	%
No consta	775	90,33
Menos de 1 semana	10	1,17
De 1 a 4 semanas	21	2,45
De 1 a 3 meses	9	1,05
De 3 a 12 meses	23	2,68
Más de 1 año	20	2,33

(Tabla III- 1.3.13.: Distribución por el tiempo transcurrido desde el intento anterior)

### 1.4. VARIABLES ATMOSFERICAS OBSERVADAS

Los valores dados en tablas son los correspondientes a las condiciones atmosféricas de cada suicidio, es decir: 858 medidas para cada variable.



Ilustr. 27 Tiempo transcurrido desde el intento previo al consumado

#### 1.4.1. VARIABLES ATMOSFÉRICAS DISCRETAS

##### 1.4.1.1. TORMENTA

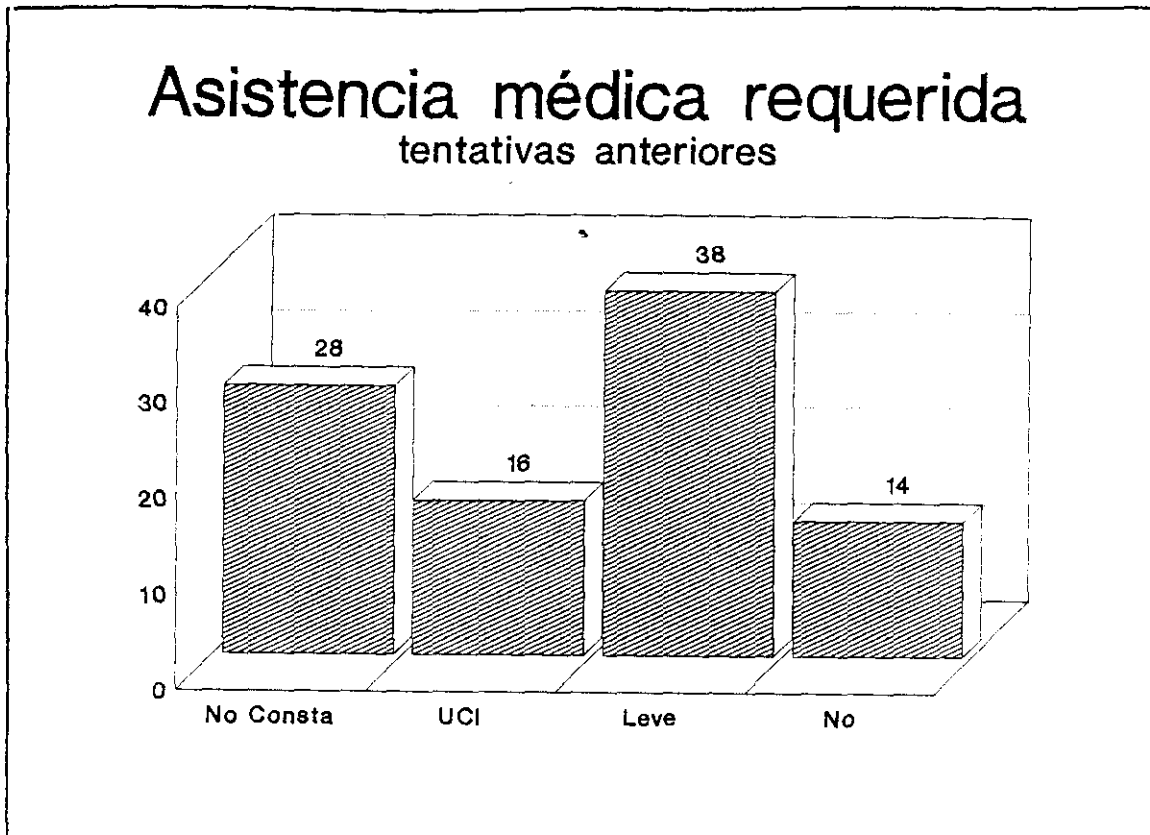
	Casos	%
No	817	95,22
Sí	41	4,78

(Tabla III- 1.4.1.: Distribución del número de suicidos según existiera o no tormenta)

##### 1.4.1.2. NIEBLA

	Casos	%
No	830	96,74
Sí	28	3,26

(Tabla III- 1.4.2.: Distribución del número de suicidos según existiera o no niebla)



Ilustr. 28 Distribución de los sujetos, con intentos de suicidio previo, según la asistencia requerida en estos

#### 1.4.2. VARIABLES ATMOSFÉRICAS CONTINUAS

##### 1.4.2.1. TEMPERATURA A TERMOMETRO Y HUMEDO: (DECIMAS DE GRADO CENTIGRADO)

Se hacen cuatro determinaciones diarias (a las 0,7,13 y 18 horas), Para simplificar tomamos una media de las cuatro variables cada día, denominando Tsecomed a la primera y Tsecoran a la segunda, así mismo recogimos la temperatura máxima diaria y la mínima de cada día y calculamos la diferencial.

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
TSECOMED	15,10	7,38
TSECORAN	7,71	3,10
TEMPMAX	19,80	8,51
TEMPMIN	10,30	6,27
TEMPDIF	9,50	3,45

(Tabla III- 1.4.3.: Distribución de la temperatura en los días que hubo suicidio)

1.4.2.2. PRECIPITACION TOTAL: (DECIMAS DE MILIMETRO)

	Media	Desviación típica
Prectot	11,59	35,55

(Tabla III- 1.4.4.: Distribución de las precipitaciones)

La recogida de cero a 24 horas.

1.4.2.3. NUBOSIDAD: (OCTAVOS)

Se tomó para su valoración la media y la diferencia de la máxima menos la mínima entre las tres determinaciones diarias que se hacen.

	Media	Desviación típica
Nubosmed	3,25	2,64
Nubosran	2,36	2,06

(Tabla III- 1.4.5.: Distribución de la nubosidad)

#### 1.4.2.4. VELOCIDAD MAXIMA DEL VIENTO: (Km/hora)

	Media	Desviación típica
Velomax	34,58	12,23

(Tabla III- 1.4.6. Distribución de la velocidad máxima del viento)

#### 1.4.2.5. FRECUENCIA DEL CUARTO CUADRANTE (DECIMAS DE HORA)

En Madrid se miden en este cuadrante los vientos procedentes de la sierra, vientos Föhn o terrales.

	Media	Desviación típica
Frec4cua	30,04	41,31

(Tabla III- 1.4.7.: Distribución de la frecuencia de viento en el cuarto cuadrante)

#### 1.4.2.6. FRECUENCIA DE CALMAS: (DECIMAS DE HORA)

	Media	Desviación típica
Freccalm	21,71	30,85

(Tabla III- 1.4.8.: Distribución de las calmas)

#### 1.4.2.7. PRESION ATMOSFERICA: (DECIMAS DE HECTOPASCAL)

	Media	Desviación típica
Pres. máxima	944,85	6,05
Pres. mínima	940,72	6,68
Pres. dif.	4,11	2,09

(Tabla III- 1.4.9.: Distribución de la presión atmosférica)

A continuación se cruzaron estos datos con la totalidad de los datos correspondientes a todos los días que duró el estudio, NO RESULTANDO SIGNIFICATIVO a nivel estadístico dicho análisis general, pero como se verá más adelante algunas de las subpoblaciones de suicidas descubiertas por el análisis cluster sí tienen como variable explicativa con alto grado de significado alguna

variable atmosférica. Así mismo categorías aisladas de distintas variables se acompañan de significación estadística.

De cualquier forma en este primer análisis nos atenemos al principio estadístico de no poder descartar la hipótesis nula (No existe diferencia entre unos días y otros a nivel atmosférico que presenten mayor casuística de autolisis), lo cual no es lo mismo que decir que el estudio la soporta, al menos a nivel puramente matemático (No se puede afirmar rotundamente que todos los días, climatológicamente hablando, sean iguales en orden a cometer un suicidio). Dejando para más adelante la discusión del fenómeno a otro niveles.

## 2. ANALISIS DE LA VARIANZA DE LA EDAD EN RELACION A LAS DEMAS VARIABLES

Se sigue el procedimiento clásico del ANOVA, distribuyendo a los individuos por categorías se calculan sus varianzas, partimos de que al ser sujetos procedentes de la misma población sus varianzas, por tanto, han de ser semejantes. Al menos al no ser rechazada esta hipótesis por el test de Levenne.

A partir de aquí se comparan sus medias, si es posible rechazar la Hipótesis nula de igualdad de medias (test de Welch y Brown-Forsythe), entonces, consideramos que ambos grupos no son iguales y que para esa categoría los sujetos se comportan de distinta forma según su edad.

### 2.1. EDAD/SEXO

	Hombre	Mujer
Media	47,938	54,441
Desviación Típica	21,393	20,539
Máximo	95,000	98,000
Mínimo	13,000	11,000

(Tabla III- 2.1.: Distribución de la edad del suicida en función del sexo)

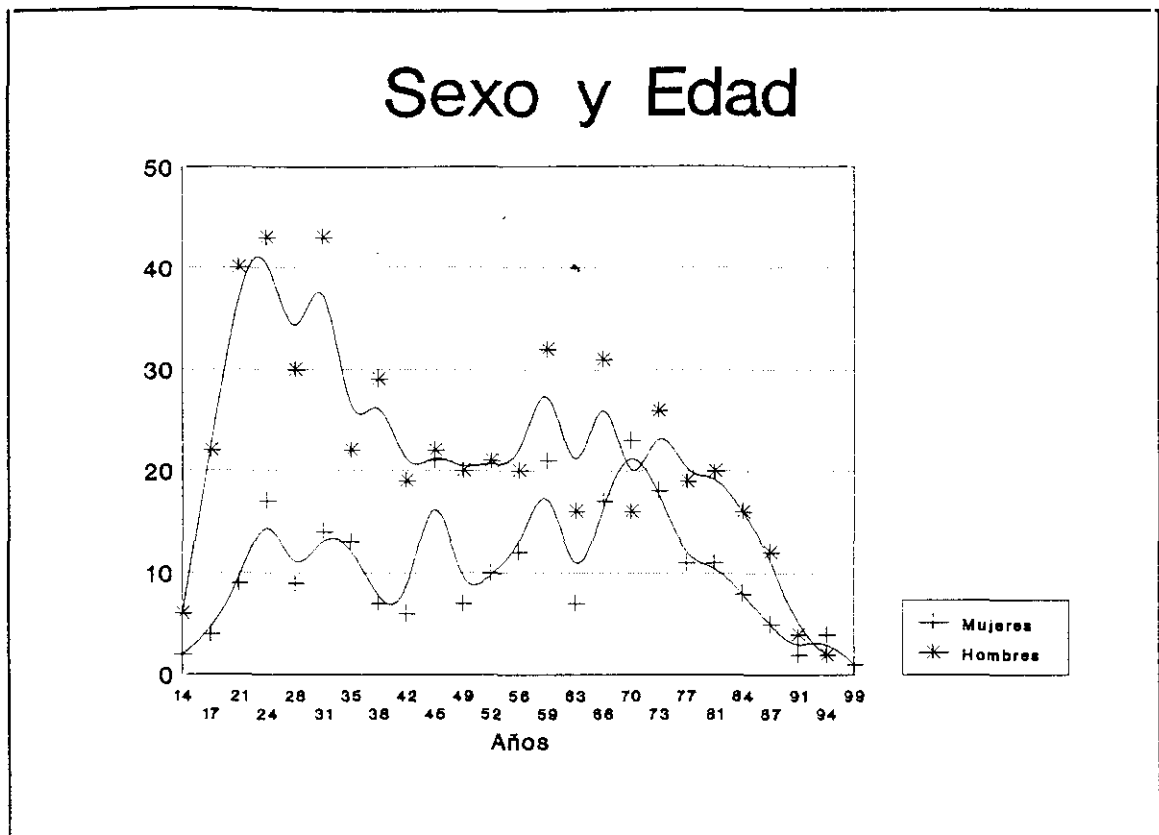
ANOVA: F.VALOR: 16,60. PROBA: 0.000  
 WELCH: 17,06. PROBA: 0.000  
 BROWN-FORSYTHE: 17.06. 0.000  
 LEVENNE: 2.20 PROBA: 0.1379

### 2.2. EDAD/HORA

	N/C	0 - 6	6 - 12	12 - 19	19 - 24
Media	45,681	47,687	53,756	52,341	44,920
Desv. Típica	19,931	21,396	20,901	21,523	21,127
Máximo	94	93	91	98	94
Mínimo	11	17	13	14	14

(Tabla III- 2.2.: Distribución de la edad según la hora)

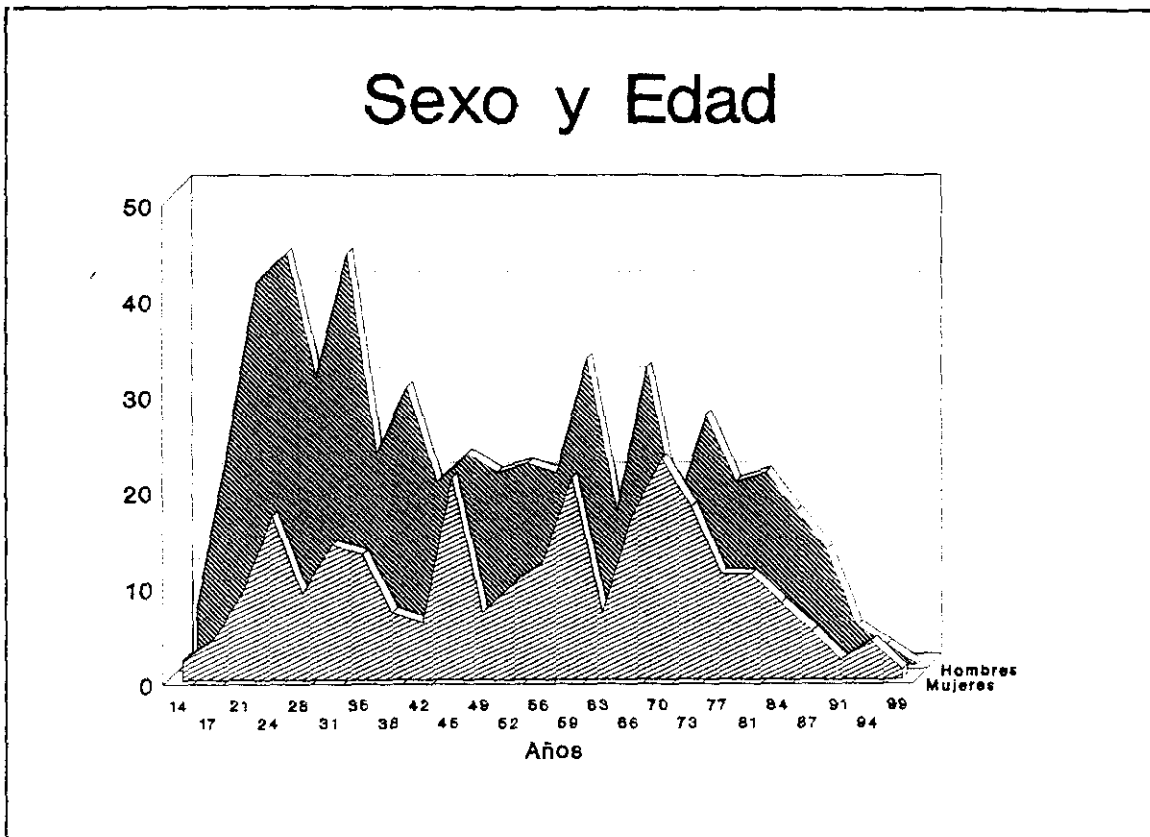
ANOVA: F VALOR: 5.52 PROBA: 0.0002  
 WELCH: 5.59 PROBA: 0.0002  
 BROWN-FORSYTHE: 5.58 PROBA: 0.0002  
 LEVENNE: 0.55 PROBA: 0,7000



Ilustr. Distribución de la edad en función del sexo

### 2.3. EDAD/ESCRITO EXPLICATIVO

Tiene una significación del 0,01 para el ANOVA con Levene aceptando la hipótesis, no lo consideramos aquí, aunque con otros test más conservadores saldría significativo (los jóvenes tienden dejar aclaraciones con respecto a su decisión).



Ilustr. Distribución de los suicidas según su sexo y edad

### 3. ANALISIS DE LAS VARIABLES EXPLICATIVAS DEL FENOMENO (Estadístico empleado CHI-2)

Sólo se nombraran las significativas estadísticamente.

#### 3.1. VARIABLES SOCIO Y SANITARIAS:

- SEXO
- SITUACION LABORAL
- PROBLEMATICA ASOCIADA
- TRATAMIENTO A QUE ESTABA SIENDO SOMETIDO

#### 3.2. VARIABLES DEL SUICIDIO:

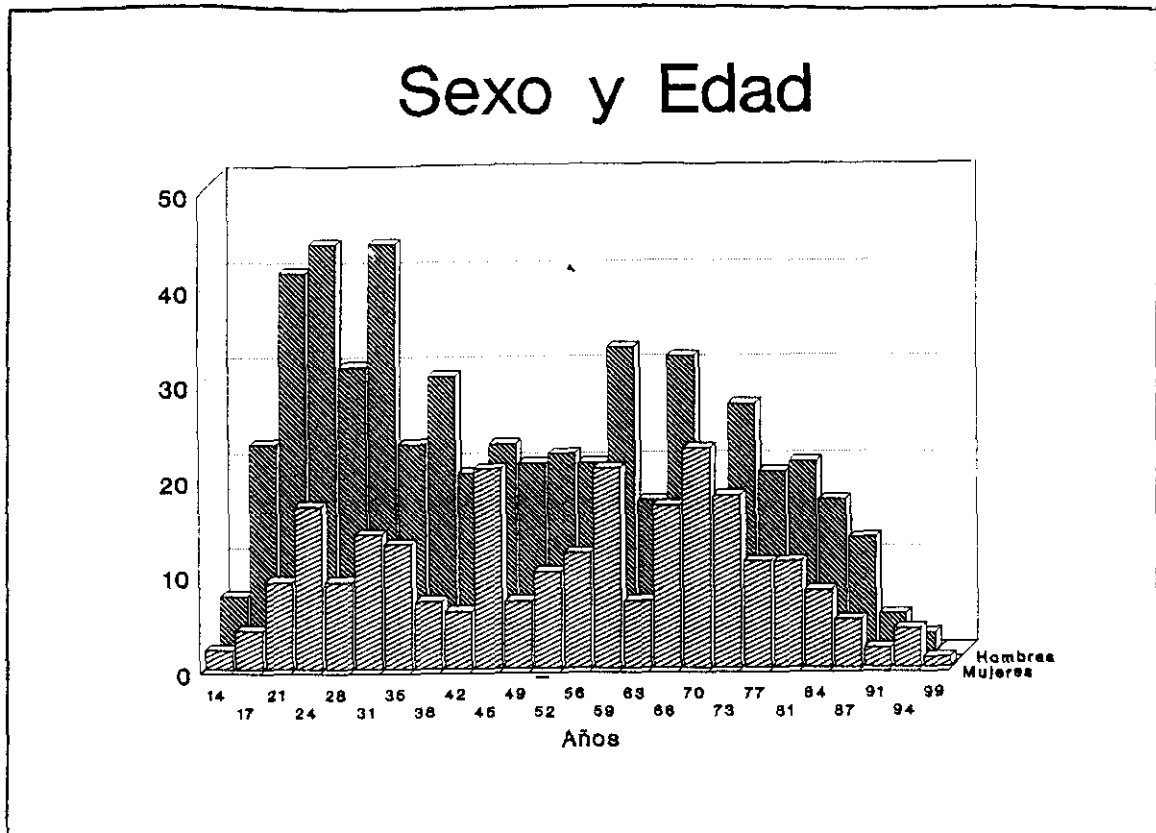
- LUGAR
- METODO
- INTENTOS PREVIOS

Estas variables se han perfilado, tras el análisis estadístico, como las más características para la exploración del fenómeno.

Dentro de cada una de ellas se analizarán sus diferentes modalidades en función de las categorías, de todas las demás, que las caracterizan, con un nivel de significación:

$$p < 0,000.$$

A excepción del sexo, ya que es ella la que caracteriza a



Ilustr. Evolución del suicidio al avanzar la edad según el sexo

las demás, por tanto su descripción se hará a lo largo de todo el apartado III-3 en cada una de las otras variables.

### 3.1. VARIABLES SOCIALES Y SANITARIAS EXPLICATIVAS DEL FENOMENO: SUICIDIO CONSUMADO

#### 3.1.1. VARIABLE: SITUACION LABORAL

##### 3.1.1.1. IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES EXPLICATIVAS DE LA MISMA: Sexo, tipo de convivencia, estado civil.

## 3.1.1.1.1. SEXO/SITUACION LABORAL

	VARON			MUJER		
		%SEXO	%CATE		%SEXO	%CATE
NO CONSTA	68	11.76	68.00	32	11.43	32.00
TRABAJO FIJO	169	29.24	86.67	26	9.26	13.33
DESEMP CON SUBSIDIO	5	0.87	100.00	0	0	0
DESEMP SIN SUBSIDI	11	1.90	61.11	7	2.50	38.89
BAJA LABORAL	45	7.79	84.91	8	2.86	15.09
ESTUDIANTE	42	7.27	75.00	14	5.00	25.00
JUBILADO	172	29.76	65.40	91	32.50	34.60
AMA DE CASA	0	0	0	83	29.64	100.00
ACTIVIDADES MARGINALES	1	0.17	100.00	0	0	0
SIN ACTIVIDAD DEFINIDA	52	9.00	73.24	19	6.79	26.76
OTRA	13	2.25	100.00	0	0	0

(Tabla III- 3.1.1.: Cruce de las variables: Sexo/Situación profesional: Frecuencias observadas (columnas 1 y 4), % en razón del sexo (columna 2 y 5) % en razón de cada categoría (columnas 3 y 6)

En la tabla anterior se observa la distribución por sexos de las actividades laborales.

**SEXO VARÓN**

Por su situación laboral podemos clasificar a los sujetos de la muestra como con trabajo fijo o jubilados.

Tan sólo, el 2,77% de los sujetos varones estaban desempleados, lo cual no permite afirmar la alta incidencia de suicidio entre los desempleados, recogida tradicionalmente por la literatura.

**SEXO MUJER**

Las mujeres, en el estudio, se reparten esencialmente en dos categorías: Amas de casa (29,69%) y Jubiladas (32,50%).

**PROPORCIÓN DE SEXO Y EDAD EN RELACIÓN A CADA CATEGORÍA**

Observando las variables: edad y sexo con respecto a la situación laboral, obtenemos:

**TRABAJO FIJO**

Los hombres constituyen el 86,67% de esta categoría, frente al 13,33% que representan las mujeres.

Esta cifra se corresponde con las obtenidas por otros autores y se halla influida por condicionantes sociales, variando según el país de donde se trate.

En general, en nuestro estudio hemos encontrado pocas mujeres trabajadoras en un empleo con contrato, no habiendo sido reseñando el trabajo doméstico reenumerado de algunas amas de casa, este aspecto no puede ser analizado en profundidad.

El 30,77% de los individuos de la muestra que tienen entre 25 y 33 años tiene trabajo fijo y son varones. Correspondiendo al 44,44% de los recogidos en ese estrato de edad.

En estratos superiores el porcentaje decae suavemente hasta alcanzar el 15% de los 55 a los 65 años.

#### **DESEMPLEO CON SUBSIDIO**

Sólo hay recogidos 5 casos de estas características y todas ellas son varones.

La edad de los sujetos se encuentra entre los 25-33 años repartiéndose un sujeto para cada estrato hasta los 55-65 años en que hay dos.

#### **DESEMPLEO SIN SUBSIDIO**

De los 18 casos recogidos el porcentaje Varón /mujer se mantiene casi invariable con respecto a la muestra.

En esta categoría desciende la edad.

Son 5 los jóvenes de 18 a 24 años (parados en búsqueda del primer empleo), 6 entre los 25 y los 33, uno entre los 34 y 44 y seis entre los 43 y 55.

#### **BAJA LABORAL**

El porcentaje mayor entre los que están de baja laboral, pertenece a los varones (84,91%), frente al de las mujeres que sólo es del 15,09%.

Esta categoría representa en total el 10,65% del total de la variable situación laboral.

Aproximadamente el 75% de los sujetos en baja laboral tenían una edad que iba desde los 34 a los 65 años.

## **ESTUDIANTE**

El 75% de los identificados como estudiantes son varones frente a un 25% de mujeres.

El comportamiento de esta categoría a efectos de su descripción sociocultural se asemeja mucho a lo presentado por otros autores.

El 93% tenía una edad inferior a los 24 años.

## **JUBILADO**

El porcentaje se vuelve a equilibrar, alcanzando casi los valores existentes en la muestra.

Este hecho pone de manifiesto la elevación del suicidio en las mujeres a medida que avanza la edad.

Existe un porcentaje del 16% que corresponde a jubilaciones anticipadas (menores de 65 años) por razones laborales o personales (fundamentalmente a incapacidades laborales por patología orgánica).

El 51% de esta categoría se distribuye entre los 65 y 78 años, siendo del 32% aproximadamente el porcentaje de participación de los mayores de 78 años.

## **AMA DE CASA**

El 100% son mujeres, representando el 29,64% del total de mujeres de la muestra.

Como se puede observar, las mujeres con una responsabilidad doméstica se suicidan en un menor porcentaje que las que han perdido ese rol.

Asociándose a este hecho la pérdida en muchas ocasiones de la pareja y el aumento de las limitaciones físicas por patología orgánica.

Un alto porcentaje, el 38%, de las denominadas amas de casa se encuentran en la edad que la literatura ha dado en llamar del nido vacío (de 55 a 65 años).

El 21,69% en el estrato inmediatamente inferior: 43-54 años.

## **ACTIVIDADES MARGINALES**

Así son catalogados los sujetos que obtienen ingresos regulares al margen de lo comúnmente asociado con un trabajo estable.

Un sujeto era identificado en tal categoría por su condición de transexual que ejercía la prostitución y vivía de ello, su edad era de 24 años.

#### **SIN ACTIVIDAD DEFINIDA**

Internos en prisión sin profesión reconocida, enfermos mentales que no habían trabajado nunca, mendigos y personas con adicción a drogas y problemas con la justicia son los sujetos en los que el familiar entrevistado elige esta modalidad.

El 53,52% es menor de 33 años, en los diez años siguientes se encuentra el 25,35% del grupo declinando de manera abrupta a los 65 años.

#### **OTRA ACTIVIDAD LABORAL**

En este apartado se agrupan los sujetos en el servicio militar (siete), dos trabajadores eventuales de hostelería y cuatro internos en prisión con profesión en su situación de libertad anterior.

En el servicio militar todos tenían la edad reglamentaria excepto uno con 28 años.

#### **3.1.1.1.2. SITUACION LABORAL/CONVIVENCIA**

##### **TRABAJO FIJO**

El 46,67% de los que tienen trabajo fijo viven en un núcleo familiar amplio, generalmente constituido por conyuge e hijos. EL 19,49% vive solo.

La distribución por el tipo de convivencia es la siguiente:

	TRABAJO	% CATEGORIA	% TRABAJO
NO CONSTA	45	17,93	23,08
FAMILIA EXTENSA	91	27,25	46,67
FAMILIA NUCLEAR	13	19,70	6,69
OTROS FAMILIARES	0	0,00	0,00
AMIGOS	2	33,33	1,03
SOLO	38	35,85	19,49
HOSPITAL	5	13,16	2,56
INSTITUCION	1	3,03	0,51

(Tabla III-3.1.2.: Frecuencias del cruce Trabajo fijo/convivencia)

#### DESEMPLEO CON SUBSIDIO

La categoría carece de significado a nivel muestral.

La distribución por tipo de convivencia es la siguiente:

	DESEMPLEO CON SUBSIDIO	% CATEGORIA	% DESEMPLEO CON SUBSI.
No consta	1	0,40	20,00
Familia extensa	2	0,60	40,00
Familia nuclear	2	3,03	40,00
Otros familiares	0	0	0
Amigos	0	0	0
Solo	0	0	0
Hospital	0	0	0
Institucion	0	0	0

(Tabla III-3.1.3.: Frecuencias del cruce Desempleo con subsidio/convivencia)

**DESEMPLEO SIN SUBSIDIO**

Aunque el número de sucesos es escaso tiene interés a efectos descriptivo supresentación.

	Desempleo sin subsidio	% Categoría	% Desempleo sin subsidio
No consta	5	1,99	27,78
Familia extensa	6	1,80	33,33
Familia nuclear	1	1,52	5,56
Otros familiares	0	0	0
Amigos	0	0	0
Solo	4	3,77	22,22
Hospital	1	2,63	5,56
Institucion	1	3,03	5,56

(Tabla III- 3.1.4.: Frecuencias del cruce Desempleo sin subsidio/convivencia)

**BAJA LABORAL**

	Baja laboral	% categoría	% baja laboral
No consta	7	2,79	13,21
Familia extensa	21	6,29	39,62
Familia nuclear	3	4,55	5,66
Otros familiares	3	12,50	5,66
Amigos	0	0	0
Solo	5	4,72	9,43
Hospital	12	31,58	22,64
Institucion	2	6,06	3,77

(Tabla III- 3.1.5.: Frecuencias del cruce: Baja laboral/convivencia)

**ESTUDIANTE**

	ESTUDIANTE	% Categoría	% Estudiantes
No consta	8	3,19	14,29
Familia extensa	43	12,87	76,79
Familia nuclear	0	0	0
Otros familiares	0	0	0
Amigos	3	50,00	5,36
Solo	0	0	0
Hospital	2	5,26	3,57
Institucion	0	0	0

(Tabla III- 3.1.6.: Frecuencias del cruce: Estudiante/convivencia)

Los estudiantes viven con su familia o con otros estu-

diantes en un piso (estos son los que acuden a estudiar a Madrid procedentes de otras regiones españolas).

En el hospital se encontraban dos por ingreso psiquiátrico.

#### JUBILADO

	JUBILADO	% Categoría	% Jubilados
No consta	73	29,08	27,76
Familia extensa	73	21,86	27,76
Familia nuclear	37	56,06	14,07
Otros familiares	18	75,00	6,84
amigos	0	0	0
solo	33	31,13	12,55
Hospital	14	36,84	5,32
Institucion	15	45,45	5,70

(Tabla III- 3.1.7.: Frecuencias Jubilado/convivencia)

El 41,83% de los jubilados conviven con su familia, o al menos con su pareja.

un 12,55% solo y un 11% en instituciones, ya sea el hospital o la residencia.

Atendiendo a la categoría hay que observar que el 75% de los que viven con otros familiares son jubilados. En la institución son el 45,45% y en el hospital más de un tercio.

La soledad, las limitaciones físicas, la pérdida de su autonomía son factores que incidirán negativamente en estos sujetos.

#### AMA DE CASA

	Ama casa	% Categoría	% Amas de casa
No consta	14	5,58	16,87
Familia extensa	54	16,17	65,06
Familia nuclear	9	13,64	10,84
Otros familiares	1	4,17	1,20
Amigos	0	0	0
Solo	0	0	0
Hospital	0	0	0
Institucion	0	0	0

(Tabla III- 3.1.8.: Frecuencias Ama de Casa/Convivencia)

Las amas de casa son aquellas que realizan un trabajo doméstico no remunerado con responsabilidades en el funciona-

miento y normal desenvolvimiento de la familia que con ella convive. Por tanto no tiene que extrañar el que existan amas de casa que viven con otros familiares y se ocupan de las tareas domésticas.

#### ACTIVIDADES MARGINALES

	Actividad Marginal	% Categoría	% Actividad Marginal
No consta	1	0.40	100

(Tabla III- 3.1.9.: Cruce de Actividades Marginales/Convivencia)

#### SIN ACTIVIDAD DEFINIDA

	Sin actividad definida	% Categoría	% Sin activ. Definida
No consta	15	5,98	21,13
Familia extensa	29	8,68	40,85
Familia nuclear	1	1,52	1,41
Otros familiares	2	8,33	2,82
Amigos	1	16,67	1,41
Solo	15	14,15	21,13
Hospital	4	10,53	5,63
Institucion	4	12,12	5,63

(Tabla III- 3.1.10.: Cruce Sin Actividad Definida/Convivencia)

El 40,85% de los sujetos sin actividad definida sigue viviendo con su familia. Este grupo tiene un alto porcentaje de sujetos con enfermedad mental grave que limita ostensiblemente su capacidad laboral.

El 21% viven solos o al menos esa es la información que nos da la familia.

#### OTRA ACTIVIDAD LABORAL

	Otra activ.	% Categoría	% Otra activ.
Familia extensa	2	0.60	15.38
Institución	11	30.70	84.62

(Tabla III- 3.1.11.: Cruce otra actividad/convivencia)

## 3.1.1.1.3. SITUACION LABORAL/ESTADO CIVIL

## TRABAJO FIJO

	Trabajo fijo	% Categoría	% Trabajo fijo
No consta	0	0.00	0.00
Casado	82	24.77	42.05
Soltero	94	28.06	48.21
Viudo	4	3.01	2.05
Divorciado	15	33.33	7.69

(Tabla III- 3.1.12.: Cruce de trabajo fijo con estado civil)

Se comprueba que el porcentaje de solteros con trabajo fijo es mayor que el de casados.

Algo que se comprobará posteriormente por nosotros y que recoge la literatura es la mayor proporción de suicidios entre los solteros que entre los casados y significativamente más alta para los divorciados que para estas dos categorías.

El tener un trabajo estable nos habla de un sujeto que no carece de soporte social, pero cuando descendemos al terreno concreto observamos que aunque trabajo fijo estos individuos poseían un trabajo, en la mayoría de las ocasiones, que no hacía sino aumentar los desajustes sociales del sujeto: horarios, tareas, ambiente de trabajo que actuaba de amplificador de los conflictos perturbando, más que integrando.

Es por ello que hemos de observar esta categoría con precaución pues por sí misma solo nos indica que el sujeto no ha tenido sus capacidades alteradas desde siempre (como sería el caso del individuo psicótico al que el proceso morboso le impide conseguir un primer empleo o este no dura más que el tiempo de prueba y se ve obligado a cambiar continuamente) o bien desde hace un tiempo, en cuyo caso se encontraría en baja laboral o desempleado.

## DESEMPLEO CON SUBSIDIO

De los desempleados con subsidio cuatro están casados y uno soltero.

**DESEMPLEO SIN SUBSIDIO**

	Desempleo sin subsido	% Categoría	% Desempleados sin subsid.
Casado	2	0.60	11.11
Soltero	11	3.28	61.11
Divorciado	5	11.11	27.78

(Tabla III- 3.1.13.: Cruce de Desempleo Sin Subsido con Estado Civil)

**BAJA LABORAL**

	Baja laboral	% Categoría	% Baja laboral
No consta	22	6.65	41.51
Soltero	23	6.87	43.40
Viudo	2	1.50	3.77
Divorciado	6	13.33	11.32

(Tabla III- 3.1.14.: Cruce entre Baja Laboral y Estado Civil)

Los solteros y los casados van a la par en esta categoría.

**ESTUDIANTE**

Los cincuenta y seis sujetos catalogados como estudiantes estaban solteros.

**JUBILADO**

	Jubilado	% Categoría	% jubilado
No consta	4	28.57	1.52
Casado	111	33.53	42.21
Soltero	35	10.45	13.31
Viudo	106	79.70	40.30
Divorciado	7	15.56	2.66

(Tabla III- 3.1.15.: Cruce entre Jubilado y Estado civil)

Que el 40,30% de los suicidas, jubilados, esten viudos, parece lo suficientemente importante para la comprensión del fenómeno en las personas de edad.

Si sumamos los divorciados a estos por sus vivencias de soledad y de falta de comunicación con el entorno hacen un 44,8%

del total del porcentaje. Son sujetos con alto riesgo si además viven solos y poseen alguna patología orgánica importante.

Sus medios son más violentos y en cada nuevo intento el carácter autodestructivo del mismo se aumenta, esto se magnifica si además es varón y posee adicción alcohólica.

#### AMA DE CASA

	Ama de Casa	% Categoría	% Ama de Casa
No Consta	1	7.14	1.20
Casada	62	18.73	74.70
Soltera	5	1.49	6.02
Viuda	12	9.02	14.46
Divorciada	3	6.67	3.61

(Tabla III- 3.1.15.: Cruce Ama de Casa/Estado Civil)

#### SIN ACTIVIDAD DEFINIDA

	Sin Actividad Definida	% Categoría	% Sin Actividad Definida
No Consta	2	14.29	2.82
Casado	8	2.42	11.27
Soltero	57	17.01	80.28
Viudo	1	0.75	1.41
Divorciado	3	6.67	4.23

(Tabla III- 3.1.16.: Cruce de Sin Actividad Definida/Estado Civil)

El mayor porcentaje lo alcanzan los solteros y lejos de esta modalidad la de divorciado. Estos sujetos asocian a la soledad el vivir al margen de la legalidad (agresividad hacia el medio).

En muchas ocasiones son sujetos con personalidades patológicas, que conducen la agresividad, directamente, hacia ellos. Con una compulsión por el acto suicida llevándoles a repetirlo como medio de comunicación.

**OTRA ACTIVIDAD LABORAL**

La totalidad de los elementos de esta submuestra estaban solteros.

**3.1.1.2. CARACTERIZACION DE LAS MODALIDADES SIGNIFICATIVAS EN SU CRUCE CON LA VARIABLE: SITUACION LABORAL****3.1.1.2.1. TRABAJO FIJO**

		%CATE	%TFIJ	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
SEXO	VARON	29.24	86.67	67.37	578	6.83	0.000
EDAD	25-33	44.44	30.77	15.73	135	6.08	0.000
EDAD	43-54	36.44	22.05	13.75	118	3.56	0.000
EDAD	34-43	37.25	19.49	11.89	102	3.45	0.000
TTO	NO	34.35	40.51	26.81	230	4.70	0.000
TENT	PRIM	28.16	59.49	48.02	412	3.57	0.000
METO	A FUE	39.29	16.92	9.79	84	3.49	0.000
METO	CO	66.67	4.10	1.40	12	3.01	0.000
LUG	OTRO	46.51	10.26	5.01	43	3.39	0.000
CONV	SOLO	35.85	19.49	12.35	106	3.19	0.000
CONV	FEXT	27.25	46.67	38.93	334	2.42	0.000
AVI	NO	31.09	30.77	22.49	193	2.99	0.000
ESTA	SOL	28.06	48.21	39.04	335	2.88	0.000
PROB	ECO	55.56	5.13	2.10	18	2.83	0.000

(Tabla 3.1.17.: Modalidades significativas para la variable situación laboral: Trabajo Fijo)

**SEXO: VARON**

El 29% de los varones tienen trabajo fijo. El 86% de los que lo tienen son varones. En total 169 sujetos.

**EDAD: 25-33**

El 30,77% de estos sujetos tiene entre 25 y 33 años, (siendo el 44,44% en ese estrato de edad).(60 sujetos).

El 36,44% de la categoría y el 22,05% de los que tienen trabajo fijo su edad comprendida entre: 43 y 54 años.

**TRATAMIENTO RECIBIDO: NINGUNO**

79 individuos no estaban en tratamiento, no siendo significativa ninguna otra modalidad de tratamiento en la categoría: trabajo fijo.

**TENTATIVAS ANTERIORES: NINGUNA**

De los 412 sujetos que no estaban en tratamiento 116 tenían trabajo fijo, el resto se distribuirá entre distintas categorías.

**METODO EMPLEADO: ARMA DE FUEGO, MONOXIDO DE CARBONO.**

Casi el 40% de los sujetos que emplean un arma de fuego están trabajando en una ocupación estable; como hemos visto en el apartado dedicado al método un alto porcentaje de ellos son vigilantes jurados.

El 66,67% de los que utilizaron el método: sofocación por monóxido de carbono u otros gases tenían trabajo fijo siendo bajo el porcentaje de esta modalidad en la totalidad de la muestra: 12 individuos de los que ocho tenían una ocupación.

**LUGAR DEL SUICIDIO: OTRO DOMICILIO: TRABAJO**

EL 46% de los que se suicidan en otro domicilio tienen trabajo fijo, correspondiendo estos al 10% del grupo trabajo fijo, en total son 20.

**EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: NO**

El 31,09% de aquellos cuya familia no fué avisada sobre las intenciones del sujeto, tenían una colocación estable.

El 30,77% de los trabajadores no avisaron, en total: 60 individuos.

Esta variable se explica mejor en relación al estado civil y a la convivencia.

**ESTADO CIVIL: SOLTERO**

Casi la mitad de los sujetos con trabajo fijo están solteros, generalmente esto se asocia a mayor stress social, inadaptación relativa y sentimientos de soledad.

**CONVIVENCIA: SOLO, FAMILIA EXTENSA**

El 19,49% de los que tiene un trabajo fijo viven solos y el 46,67% con una familia de más de dos miembros.

En relación al porcentaje de individuos que viven solos, el 35,85% tiene trabajo fijo, así mismo el 27,25% de los que viven en familia también lo tiene.

**PROBLEMATICA ACOMPAÑANTE: ECONOMICA**

No es alto el porcentaje de sujetos en los que aparece este factor como explicativo del fenómeno: sólo 18 entre una población muestral de 858 (2,10%). Pero resulta sorprendente que de ellos el 55,56% tuviera trabajo fijo. Lo que parece demostrar que aunque trabajo, los pocos sujetos afectados tuvieran bastantes quejas acerca del mismo. Parece ser, pues, que el trabajo era más una fuente de insatisfacción que un medio de integración social, evidentemente esto sólo afecta al 5,13% de los individuos que estaban trabajando, pero el grado de insatisfacción tenía que ser manifiesto ya que este grupo no se caracteriza precisamente por su locuacidad y sin embargo es algo que refiere la familia, por lo tanto hemos de suponer que el porcentaje de insatisfechos en su labor profesional era bastante más alto.

**CONCLUSIONES PARCIALES PARA LA MODALIDAD TRABAJO FIJO**

La proporción en los resultados, pues, nos habla de que la variable explicativa más útil es el sexo (varón), seguida de la del estado civil, en orden a explicar a un grupo de sujetos que consumaron su autolisis en el primer intento, no están en tratamiento, utilizan métodos poco frecuentes entre la población suicida, como son el arma de fuego o el monóxido de carbono, son jóvenes y de edad media y como única problemática referida con carácter significativo menor del 0,005 tenían problemas económicos, lo que a través de deducciones hace suponer al trabajo de estos sujetos como una fuente de insatisfacción más que como un instrumento de integración social.

**3.1.1.2.2. MODALIDAD: DESEMPLEO CON SUBSIDIO**

		%CATE	%DESC	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
PROB	ECO	16.67	60.00	2.10	18	7.22	0.000
MES	NOVIEMBRE	4.17	60.00	8.39	72	2.57	0.000

(Tabla III- 3.1.18.: Modalidades características para la categoría Desempleo Con Subsidio)

De los cinco sujetos que se encontraban en desempleo con subsidio tres se suicidan en Noviembre y alegando la familia problemas económicos.

De ellos dos estaban en tratamiento psiquiátrico ambulatorio, sólo uno tenía antecedentes de suicidio y los tres utilizaron métodos violentos para conseguir su fin. Las edades no son homogéneas y las características de los del mes de Noviembre tampoco.

**3.1.1.2.3. MODALIDAD: DESEMPLEO SIN SUBSIDIO**

		%CATE	%DESS	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
ESTA	DIV	11.11	27.78	5.24	45	2.94	0.002
FAN	89	4.33	66.67	32.88	277	2.79	0.003
PROB	COMBINADA	15.00	16.67	2.33	20	2.45	0.007
METO	MED	7.94	27.78	7.34	63	2.44	0.007

(Tabla III-3.1.19.: Modalidades características para la categoría Desempleo Sin Subsidio)

Los parados sin subsidio son 18 sujetos de la totalidad de la muestra, su inclusión en ella más parece la intención del familiar de poner de manifiesto la pobreza del entorno que el verdadero problema del sujeto.

En este grupo la relación hombres/mujeres es más equilibrada y se parece más a la muestra original, sus edades son ligeramente superiores para las mujeres (en cuanto a la media) y ninguno supera los 53 años.

Entre su problemática la más importante es combinada.

Los problemas económicos solo son alegados en dos casos, el mismo número que para la adicción a las drogas. El diagnóstico psiquiátrico esta presente en dos casos de varones uno con Psicosis Maniaco-depresiva y otro con Esquizofrenia paranoide.

Uno más estaba ingresado y dos mujeres tenían antecedentes de ingresos psiquiátricos, el 36% estaba en tratamiento ambulatorio.

La convivencia se repartía entre familia extensa y solos.

#### **ESTADO CIVIL: DIVORCIADO**

Es estadísticamente significativo el número de divorciados que existe en este grupo.

En él se pone de manifiesto la compleja trama vivencial de estos sujetos, sin trabajo, con fracaso sentimental, sus vidas a menudo son el resultado de una mala integración donde la patología, la adicción a drogas o el alcohol aparecen frecuentemente constituyendo la compleja urdimbre sobre la que se tejerá el desenlace.

#### **PROBLEMATICA SOCIAL: COMBINADA**

En los tres casos en que se refleja los sujetos tenían problemas judiciales, drogas y en uno, además, prostitución.

La problemática social como variable ha de ser entendida en su auténtico contexto, se extrae a partir de la información suministrada por el pariente cuya relación con el sujeto, salvo en un pequeño número de casos, no es conocida en el momento de la revisión del historial. Por tanto, la versión que este dé de los problemas del fallecido dependerá mucho de sus buenas o malas relaciones, así como del estado de ánimo que tenga en el momento de entrevistarle.

Cuando consta la problemática social como adicción a drogas y judicial el dato además aparece reflejado en el informe de la autopsia.

Si la patología orgánica es el motivo, suele ir acompañada de un informe clínico.

#### **AÑO 1989**

El 66,67% de los desempleados sin subsidio pertenecen al año 1989.

#### **METODO: MEDICAMENTOS**

Empleado por el 27,78%, reflejo del tratamiento ambulatorio psiquiátrico a que estaban sometidos.

## 3.1.1.2.4. MODALIDAD: BAJA LABORAL

		%CATE	%BAJA	%GLOBAL	PESO	V.TESTPROBA
CONV	HOSP	31.58	22.64	4.43	38	4.83 0.000
TTO	INGO	25.93	13.21	3.15	27	3.16 0.000
TTO	INPS	27.27	11.32	2.56	22	2.98 0.001
TTO	APSI	9.36	52.83	34.85	299	2.63 0.004
DIST	LATINA	20.00	15.09	4.66	40	2.87 0.002
PROB	PATO	13.46	26.42	12.12	104	2.80 0.003
SEXO	VARON	7.79	84.91	67.37	578	2.80 0.003
ANTE	NO	9.42	49.06	32.17	276	2.50 0.006
EDAD	34-42	12.75	24.53	11.89	102	2.50 0.006
MES	JULIO	13.89	18.87	8.39	72	2.35 0.009

(Tabla III- 3.1.20.: Modalidades que caracterizan a la categoría Baja Laboral)

La modalidad baja laboral (53 sujetos) queda definida porque los integrantes de esta subclase se encuentran en mayor medida ingresados en un hospital psiquiátrico, después de caracter general y por último en tratamiento ambulatorio psiquiátrico.

Son varones en un porcentaje casi veinte puntos más alto que para la muestra total.

La problemática reseñada era su patología orgánica en un 26,42%.

No tienen antecedentes de suicidio en su entorno en un 49,06%

Son de edad media (34 a 42 años) y se recogen más casos de lo esperado en el mes de Julio.

El distrito de Latina es el que mayor porcentaje presenta de esta modalidad.

## 3.1.1.2.5. MODALIDAD: ESTUDIANTE

		%CATE	%EST	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
ESTA	SOLT	16.72	100.00	39.04	335	10.25	0.000
EDAD	18-24	34.65	62.50	11.77	101	9.43	0.000
EDAD	10-17	94.44	30.36	2.10	18	9.27	0.000
CONV	FEXT	12.87	76.79	38.93	334	5.82	0.000
CONV	AMIG	50.00	5.36	0.70	6	2.61	0.000
TTO	NO	13.48	55.36	26.81	230	4.55	0.000
PROB	NO	14.58	25.00	11.19	96	2.88	0.000
ESC	SI	36.36	7.14	1.28	11	2.67	0.004
MES	SEP	15.07	19.64	8.51	73	2.57	0.005

(Tabla III- 3.1.21.: Modalidades que caracterizan a la categoría Estudiante)

La caracterización de esta variable viene dada por el estado civil: todos están solteros. Su edad es inferior a los 24 años. Conviven con su familia original (principalmente) o bien con amigos (constituyendo el 50% de esta categoría).

No están en tratamiento y no se les adjudica ninguna problemática. Eso sí ellos son la única clase de todos los suicidas que tiene un valor significativamente más alto para la variable: escrito explicativo. Pocos suicidas de los estratos de edad superiores dejan un mensaje, explicando su hecho. A los jóvenes les gusta hacerlo, sobre todo si no padecen una psicopatía grave.

El 19,64% lo hace en Septiembre, hemos comprobado que es en estos sujetos en los que existe un fracaso escolar y una sobreexigencia familiar en los estudios.

Conviene a modo meramente ilustrativo recoger aquí los motivos de tal acto, para aquellos en que nos fué posible su recogida, (claro esta):

	VARONES	MUJERES
PSICOPATOLOGIA:		
ESQUIZOFRENIA	2	
PSICOSIS MANIACODEPRES.	1	
ANTEC, INGRESO PSIQUIAT.	2	3
TTO. AMBULATORIO PSIQUIAT.	12	2
PERDIDA DE UN DEUDO		
MUERTE DEL NOVIO		1
MUERTE DE UN HERMANO	1	
OTROS		
DISCUSION CON PAREJA	2	
HACER SERV, MILITAR	1	
FUGA DE DOMICILIO	1	
FRACASO ESCOLAR		5
MUERTE DE SU PAJARO	1	
MULTA DE TRAFICO	1	

(Tabla III- 3.1.21.: Suceso desencadenante del suicidio en estudiantes)

Como se puede observar el abanico de posibilidades es amplio, y en ningún caso el familiar trata los conflictos familiares.

Con respecto a los métodos empleados estos no son homogéneos pero se caracterizan por lo violentos; Algunos típicamente asociados a psicopatología producidos con ensañamiento, manifestando la enorme tendencia autodestructiva: Puñalada en el corazón, métodos combinando arma blanca, medicamentos y también autoincineraciones, estos preferiblemente en varones, siendo más de las mujeres la precipitación.

Hay que destacar su tendencia al arma de fuego, El porcentaje de estudiantes que la utilizan supera en tres puntos a la de la muestra global, en total fueron siete de los cincuenta y seis los que la usaron.

Las tentativas anteriores eran más frecuentes entre los varones que entre las chicas. Pero su porcentaje es más pequeño que en otros estratos de edad.

## 3.1.1.2.6. MODALIDAD: JUBILADO

		%CATE	%JUB	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
EDAD	66-78	84.38	51.33	18.65	160	15.83	0.000
EDAD	79-89	92.31	31.94	10.61	91	13.08	0.000
ESTA	VIUDO	79.70	40.30	15.50	133	12.77	0.000
TTO	AOTR	70.10	25.86	11.31	97	8.44	0.000
PROB	PATO	60.58	23.95	12.12	104	6.66	0.000
CONV	FENU	56.06	14.07	7.69	66	4.34	0.000
CONV	OTROF	75.00	6.84	2.80	24	4.34	0.000
LUG	DOMP	34.20	75.29	67.48	579	3.21	0.000
AVI	SI	41.38	18.25	13.52	116	2.54	0.006
MES	MAY	42.86	13.69	9.79	84	2.38	0.009

(Tabla III- 3.1.22.: Modalidades que caracterizan a la categoría de Jubilado)

La caracterización de los jubilados en nuestra muestra viene dada por:

No es significativamente más alto el porcentaje de alguno de los sexos para estos estratos de edad. Su porcentaje global es alto: El 30,65%. Teniendo en cuenta que no es asimilable a ser mayor de 65 años el ser jubilado.

En su 40,30% son viudos. Padecen patologías orgánicas (a las que se les achaca el suicidio en un 23%), y estaban siendo tratados por ellas de forma ambulatoria.

Viven con su pareja en el 14% y con otros familiares en el 25,86% (siendo el 75% de los que conviven con otros familiares).

Se suicidan en su domicilio (75,29%) y avisan en un 18% (41,38% de los que lo hacen).

El 13,69% se suicidan en Mayo, mes al que le correspondería

tan solo un 8,33%.

### 3.1.1.2.7. MODALIDAD: AMAS DE CASA

		%CATE	%AC	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
SEXO	MUJER	29.64	100.00	32.63	280	14.06	0.000
ESTA	CASADA	18.73	74.70	38.58	331	6.93	0.000
EDAD	55-65	24.06	38.55	15.50	133	5.33	0.000
LUGAR	DOMP	13.13	91.57	67.48	579	5.28	0.000
CONV	FEXT	16.17	65.06	38.93	334	4.95	0.000
AYU	SIEX	34.38	13.25	3.73	32	3.76	0.000
TTO	APSI	14.72	53.01	34.85	299	3.46	0.000
METO	CAUS	35.71	6.02	1.63	14	2.43	0.000
FAN	90	13.07	48.19	35.66	306	2.35	0.000
AVI	SI	16.38	22.89	13.52	116	2.33	0.010

(Tabla III- 3.1.23.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Amas de casa)

Número total de la submuestra: 83

Son mujeres casadas (el 74% de las amas de casa que se han suicidado son casadas). Y el 18,73% de las casadas es ama de casa.

Su edad con significado estadístico esta comprendida entre los 55 y 65 años.

Más de la mitad se encontraba en tratamiento ambulatorio psiquiátrico, controlado en gran número de casos por el médico de cabecera.

En un 91,5% se suicidan en su domicilio.

Conviven con familia de más de dos miembros (65%). Y solicitan ayuda, de forma explícita en un porcentaje mayor que los demás grupos de categorías laborales.

Avisan en un 22.89% antes de consumir el suicidio, esto es: es el grupo que más avisa atendiendo a la categoría laboral, aunque lo hacen menos, a nivel general de la muestra, que los jubilados.

El 48% de ellas se suicidaron en 1990.

### 3.1.1.2.8. MODALIDAD: SIN ACTIVIDAD LABORAL DEFINIDA

		%CATE	%SAD	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
ESTA	SOLTERO	17.01	80.28	39.04	335	7.30	0.000
PROB	ADDA	31.25	21.13	5.59	48	4.65	0.000
PROB	JUDI	46.15	8.45	1.52	13	3.45	0.000
EDAD	34-42	17.65	25.35	11.89	102	3.17	0.000
METE	MED	18.87	14.08	6.18	53	2.39	0.000

(Tabla III- 3.1.24.: Modalidades características para la categoría: Sin Actividad Definida)

El 80% de estos sujetos está soltero, su problemática en un 30% aproximado es la adición a drogas y/o alcohol y/o sus conflictos con la ley.

Se caracterizan por tanto por la marginalidad social, ya sea por este aspecto, o bien por la enfermedad psíquica o una mala asunción del roll sexual que no tienen significación estadística en nuestro estudio, pero que dada la importancia del tema, hemos abordado en otros apartados.

Estos sujetos entrarían a formar parte de los no insertados socialmente, por diversos motivos, a lo largo de su vida.

No son jóvenes, de los 34 a 42 años, su situación vital está muy deteriorada y si lo han intentado antes seguramente lo hicieron con fármacos.(18,87%)

El resultado infructuoso de un intento con fármacos en sujetos drogadictos de larga evolución esta comprobado en la práctica cotidiana de los forenses, el efecto de tolerancia a las sustancias nocivas es palpable en la mayoría de ellos.

Por eso en su intento definitivo utilizan otros métodos más violentos. Si además están en prisión es razonable que no puedan usarlo y si están en libertad quizá el problema económico sea tal que también lo limite.

### 3.1.1.2.9. MODALIDAD: OTRA ACTIVIDAD LABORAL

		%CATE	%OTRO	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
CONV	INST	30.30	76.92	3.85	33	7.15	0.000
EDAD	18-24	8.91	69.23	11.77	101	4.67	0.000
ESTA	SOL	3.88	100.00	39.04	335	4.45	0.000
LUG	INST	8.33	61.54	11.19	96	4.17	0.000
TTO	NINGUNO	4.78	84.62	26.81	230	4.11	0.000
PROB	JUDICIAL	23.08	23.08	1.52	13	3.19	0.000
HORA	NO CONSTA	5.88	46.15	11.89	102	2.86	0.000
METO	AFUE	5.95	38.46	9.79	84	2.54	0.005
SEXO	VARON	2.25	100.00	67.37	578	2.53	0.006

(Tabla III- 3.1.25.: Modalidades características para la categoría: Otra Actividad Laboral)

Son varones y solteros, viven en instituciones (cárcel y cuartel) y en el 84,62% no están en tratamiento.

Suelen hacerlo en la misma institución, por razones obvias, y no consta generalmente la hora del intento dado que por las especiales circunstancias que caracterizan a ambas instituciones el sujeto es rápidamente trasladado a un centro sanitario donde

fallece.

No quedando constancia certera de la hora en la que lo intentó, aunque si de la muerte, que pudo ser hasta varios días después.

La problemática judicial del 23,08% recoge la estadística de suicidios en prisión.

### 3.1.1.3. CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFÉRICAS CON LA VARIABLE SITUACION LABORAL

Tan solo la TEMPERATURA MINIMA tiene un Fisher de 2,38 para una probabilidad del 0,0089, con un valor del test de 2,37.

#### 3.1.1.3.1. CRUCE DE TEMPERATURA MINIMA CON LAS CATEGORIAS DE LA VARIABLE: SITUACION LABORAL

Se encuentra una media más baja para los desempleados con subsidio que corrobora el hecho del mayor indice de suicidios en el mes de Noviembre. Con una media de 5.340 y una desviación de 3.958 (la más baja de todas las categorías) Teniendo en esas fechas un minimo de 3.100 y un máximo de 10.800. (dentro de sus temperaturas mínimas, claro esta).

#### 3.1.1.3.2. CRUCE DE TODAS LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON CADA UNA DE LAS CATEGORIAS DE SITUACION LABORAL

Sólo expondremos las significativas:

#### DESEMPLEO SIN SUBSIDIO

	MEDIA CLASE	MEDIA GENERAL	VTEST	PROBA
FREC4CUA	61.389	30.041	3.25	0.001

(Tabla III-3.1.26.: Variable atmosférica significativa para la categoría Desempleo Sin Subsidio)

La frecuencia del cuarto cuadrante marca la llegada de los vientos por el cuadrante número cuatro del horizonte, es decir los vientos procedentes de la sierra que llegan a Madrid haciendo el ambiente más seco y aumentando la carga eléctrica atmosférica, (vientos Föhn), a ellos se les atribuyen alteraciones psíquicas, malestar, nerviosismo etc.

**BAJA LABORAL**

	MEDIA CLASE	MEDIA GENRAL	V.TEST	PROBA
TEMPMIN	12.677	10.301.	2.84	0.002
TSECOMED	17.758	15.098	2.71	0.003
TEMPMAX	22.723	19.796	2.58	0.005

(Tabla III- 3.1.27.: Variables atmosféricas significativas para la categoría: Baja Laboral)

Los casos que se produjeron estando el sujeto en baja laboral tiene una relación significativa con el aumento de las temperaturas, lo cual corrobora la variable mes: Julio. Es importante la influencia de las temperaturas altas en los enfermos encamados, ya vimos la relación significativa con los ingresos orgánicos que aquí también descubrimos.

**ESTUDIANTES**

	MEDIA CLASE	MEDIA GENERAL	VTEST	PROBA
FRECCALM	32.679	21.706	2.75	0.003
VELOMAX	30.375	34.586	11.832	0.004

(Tabla III- 3.1.28.: Variables atmosféricas significativas para la categoría: Estudiantes)

Los suicidios de los sujetos recogidos en la categoría de estudiantes tiene una relación significativa con la ausencia de vientos y su velocidad máxima más pequeña, es decir se producen en los días más en calma.

**AMAS DE CASA**

	MEDIA CLASE	MEDIA GENERAL	V.TEST	PROBA
PRECTOT	22.614	11.589	2.97	0.001

(Tabla III- 3.1.29.: Variables atmosféricas significativas para la categoría: Amas de Casa)

A las amas de casa no les van nada bien los días de lluvia..... Es significativo el aumento de sus suicidios en relación a los días más lluviosos.

**3.1.2. VARIABLE: PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE****3.1.2.1. MODALIDADES QUE CARACTERIZAN A CADA UNA DE LAS CATEGORIAS DE LA VARIABLE "PROBLEMATICA"****3.1.2.1.1. NO CONSTA NINGUNA PROBLEMATICA**

	%CATE	%NOCONSTA	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
TTO APSI	67.89	39.49	34.85	299	3.44	0.000
AÑO 1989	68.23	36.77	32.28	277	3.39	0.000
MES ENERO	77.50	12.06	9.32	80	3.35	0.000
MES FEBRERO	75.81	9.14	7.23	62	2.58	0.005
SEXO MUJER	66.43	36.19	32.63	280	2.65	0.004
LUG DOMP	63.04	71.01	67.48	579	2.62	0.004

(resto de las categorías significativas:no consta)

(Tabla 3.1.30.: Modalidades que caracterizan a la categoría: No consta problemática)

**TRATAMIENTO RECIBIDO: AMBULATORIO PSIQUIATRICO**

En el 67,89% de los casos que estaban en tratamiento psiquiátrico ambulatorio no consta la existencia de otra problemática ajena a al proceso morboso.

**SEXO: MUJER**

En el 66,43% de las mujeres se desconoce si existía o no otra problemática: Ni se niega ni se afirma. El fenómeno esta asociado al sexo ya que el porcentaje de ambos para la categoría problemática es similar a la población muestral

La problemática femenina es más difícil de identificar por el entorno, el que informa no sabe cuál era el problema.

**LUGAR DEL SUICIDIO: DOMICILIO PROPIO**

Al abordar la variable "lugar del suicidio" en la categoría "domicilio propio" ya comentamos la mayor frecuencia de sujetos en los que no constaba problemática alguna. Los implicados eran fundamentalmente mujeres y por su situación laboral amas de casa y jubilados. En nuestro sistema social unos y otros no son muy considerados y sus problemas a menudo pasan desapercibidos, por ello la respuesta es un "no se" antes que un "no" categórico o un "sí" explicativo.

**FECHA: ENERO Y FEBRERO, AÑO 1989**

Los motivos de esta significación hay que buscarlos en el sistema de elaboración de los expedientes en 1989 y principios del 90.

**3.1.2.1.2. NO EXISTE PROBLEMÁTICA ASOCIADA**

		%CATE	%NO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
ANTE	NO	25.72	73.96	32.17	276	8.85	0.000
AVI	NO	25.39	51.04	22.49	193	6.45	0.000
CONV	FEXT	19.76	68.75	38.93	334	6.17	0.000
TENT	PRIM	16.50	70.83	48.02	412	4.68	0.000
AÑO	91	18.55	53.13	32.05	275	4.44	0.000
SIT	EST	25.00	14.58	6.53	56	2.88	0.002
MES	JUN	22.22	14.58	7.34	63	2.48	0.007
MES	JUL	20.83	15.63	8.39	72	2.36	0.009
TTO	APSI	15.05	46.88	34.85	299	2.47	0.007
TTO	NO	15.65	37.50	26.81	230	2.33	0.010

(Tabla III- 3.1.31.: Modalidades que caracterizan a la categoría Ninguna problemática)

**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL ENTORNO: NO**

En el 73,96% de los individuos de los que se niega la existencia de problemática asociada no existían antecedentes de suicidio, ni familiares próximos ni lejanos.

**EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: NO**

Si el sujeto "no tenía problemas" está claro que no iba a avisar. O al menos desde el punto de vista del que contesta a las preguntas así era. (50% de los casos).

**CONVIVENCIA: FAMILIA EXTENSA**

El 68,75% de los sujetos convivía en una familia de más de dos miembros.

La no existencia de problemática se basa en el alto porcentaje de enfermedad mental. En el resto de los sujetos que no estaban en tratamiento psiquiátrico (aproximadamente un 49% de ellos) parece existir un desconocimiento de la situación real del individuo.

**TENTATIVAS ANTERIORES: ES LA PRIMERA**

En el 70% de los sujetos sin problemática asociada es el primer intento el que resulta consumado.

Las dos variables están interrelacionadas porque al no existir un intento previo tampoco hay una clara constatación de que algo no funciona y por lo tanto se da por supuesto la

inexistencia de conflictos.

Por otro lado, si existe la sospecha de que un conflicto puede hacer peligrar la vida del sujeto este es más vigilado (sobre todo si su entorno está constituido por una familia, con la que convive), impidiendo así la consumación de la autolisis en algunos casos. Si no existe tal temor, ya sea por incomunicación o por otra circunstancia, el sujeto puede planear y ejecutar su suicidio más libremente.

#### **AÑO 1991, MESES: JUNIO Y JULIO**

En este año se produjo un aumento de suicidios para la categoría de sujetos con trabajo fijo, sin trabajo o estudiantes sobre todo varones, jóvenes o de edad media que no tuvo una gran repercusión a nivel de la muestra global.

A la vista de que no consta problemática y teniendo en cuenta que carecían de tratamiento o este era ambulatorio psiquiátrico hay que atender a circunstancias macrosociales que en distinta medida afectan a los sujetos estudiados.

Con respecto al aumento en el mes de Junio y Julio no existen variables que permitan agrupar a los individuos, y así explicar el fenómeno.

#### **SITUACION LABORAL: ESTUDIANTE**

El 25% de los estudiantes no tenían ninguna problemática, el aspecto ha sido ya tratado en el apartado dedicado a los estudiantes en la variable situación laboral.

#### **TRATAMIENTO RECIBIDO: AMBULATORIO PSIQUIATRICO, NINGUNO**

El 46,88% de estos individuos estaban en tratamiento psiquiátrico de forma ambulatoria, en ellos la problemática social no se considera, atribuyéndose el desenlace a la patología en el seno de la cual se produce.

El 37,50% no recibía ningún tratamiento, aunque entre ellos

también hay sujetos con un diagnóstico previo de psicopatología.

### 3.1.2.1.3. PERDIDA DE UN DEUDO

		%CATE	%PDEU	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
ESTA	VIUDO	9.02	54.55	15.50	133	4.11	0.000
CONV	SOLO	9.43	45.45	12.35	106	3.72	0.000

(Tabla III- 3.1.32.: Modalidades que caracterizan a la categoría Pérdida de un Deudo)

Estadísticamente las únicas variables que caracterizan a los sujetos cuya problemática sea la pérdida de un ser querido son: el estado civil: viudo y que viven solos.

El número de sujetos cuya problemática queda reseñada bajo este epígrafe es de 22 sobre el total de la muestra (2,56%).

De ellos el 54,55% tienen como estado civil la viduedad. Siendo esta la única problemática reseñada en el 9,02% de los viudos. Como se puede ver no es un motivo muy frecuente y de forma aislada solo afecta al 2,56%, ahora bien, asociada a la enfermedad física, los problemas económicos etc, influye de manera notable en el aumento de la tasa de suicidios en la población general.

### 3.1.2.1.4. PROBLEMAS ECONOMICOS

		%CATE	%ECO	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
TTO	NINGUNO	6.09	77.78	26.81	230	4.33	0.000
SIT	DESC	60.00	16.67	0.58	5	3.79	0.000
SIT	TFIJ	5.13	55.56	22.73	195	2.83	0.000
SEXO	VARON	2.94	94.44	67.37	578	2.43	0.007

(Tabla III- 3.1.33.: Modalidades que caracterizan a la categoría Problemas Económicos)

El mayor porcentaje en esta problemática lo tienen los varones, con trabajo fijo seguidos de los desempleados con subsidio y que en su mayoría no están en tratamiento psiquiátrico ni de otro tipo.

**3.1.2.1.5. PROBLEMAS JUDICIALES**

		%CATE	%JUDI	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
CONV	INST	24.24	61.54	3.85	33	5.87	0.000
LUG	INST	9.38	69.23	11.19	96	4.76	0.000
METO	AHOR	5.62	76.92	20.75	178	4.12	0.000
EDAD	34-42	6.86	53.85	11.89	102	3.47	0.000
SIT	SAD	8.45	46.15	8.28	71	3.45	0.000
SIT	OTRO	23.08	23.08	1.52	13	3.19	0.001
TTO	INPS	13.64	23.08	2.56	22	2.69	0.004

(Tabla III- 3.1.34.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Problemática Judicial)

**CONVIVENCIA: INSTITUCION**

El 61,54% de los sujetos con esta problemática conviven en instituciones (prisión y en menor medida sólo o en hospital psiquiátrico).

**LUGAR DEL SUICIDIO: INSTITUCION**

Evidentemente si el sujeto está en la cárcel o ingresado en hospital por orden judicial no podrá elegir libremente el lugar para llevar a cabo su autolisis, teniendo que hacerlo allí donde se encuentra.

**METODO UTILIZADO: AHORCADURA**

El 76% utiliza la ahorcadura para poner fin a su vida, le sigue la precipitación entre los métodos elegidos.

**EDAD: 34-42 AÑOS**

El 53,85% de los sujetos con conflictos de índole penal y que se suicidan se encuentran dentro del rango de edad comprendido entre los 34 y los 42 años.

**SITUACION LABORAL: SIN ACTIVIDAD DEFINIDA, OTRA SITUACION LABORAL**

Este apartado ha sido tratado en el apartado correspondiente a situación laboral.

**TRATAMIENTO: INGRESO PSIQUIATRICO**

Abordado, en el apartado correspondiente, resaltar tan solo que en los tres casos encontrados en dos la causa fue la misma: uxoricidio. En el otro no se pudo saber, si bien sus tentativas de suicidio eran numerosas, razón por la cual estaba ingresado

en el Hospital penitenciario.

### 3.1.2.1.6. PATOLOGIA ORGANICA. (104 casos)

		%CATE	%PATO	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
TTO	AOTRO	54.64	50.96	11.31	97	11.10	0.000
TTO	INGO	81.48	21.15	3.15	27	8.33	0.000
SIT	JUB	23.95	60.58	30.65	263	6.66	0.000
SIT	BL	26.42	13.46	6.18	53	2.80	0.003
CONV	HOSP	52.63	19.23	4.43	38	6.12	0.000
TENT	PRIM	18.20	72.12	48.02	412	5.20	0.000
LUG	INST	29.17	26.92	11.19	96	4.72	0.000
EDAD	66-78	23.75	36.54	18.65	160	4.53	0.000
EDAD	79-98	24.18	21.15	10.61	91	3.28	0.000
AVI	NO	20.73	38.46	22.49	193	3.84	0.000
ESTA	CAS	17.52	55.77	38.58	331	3.69	0.000
METO	PREC	16.07	64.42	48.60	417	3.35	0.000
METE	NC	13.25	97.12	88.81	762	3.03	0.001
AÑO	91	17.09	45.19	32.05	275	2.89	0.002
ASIS	NC	12.91	98.08	92.07	790	2.49	0.006

(Tabla III- 3.1.35.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Patología Orgánica)

#### TRATAMIENTO: AMBULATORIO ORGANICO, INGRESO ORGANICO

El 72% de los sujetos cuya problemática es orgánica están en tratamiento ambulatorio por este motivo o ingresados.

La reseña a esta como la causa del suicidio se da en el 81,48% de los ingresados y el 54,64% de los enfermos tratados de forma ambulatoria.

#### SITUACION LABORAL: JUBILADO, BAJA LABORAL

Es fundamental la contribución del grupo de jubilados que corresponde al 60% (Los que están en baja laboral son sólo el 13,46%). La patología orgánica evidentemente es uno de los achaques más frecuentes de la tercera edad, junto a la soledad. Siendo con frecuencia argumentada como la causa de suicidio en un anciano.

Sólo el 26% de los sujetos en baja laboral por enfermedad lo son por causa orgánica, siendo, como es, la causa más frecuente la psicopatología en la baja laboral de los estratos medios de la edad.

**CONVIVENCIA: HOSPITAL**

Aunque en la muestra su peso no es grande (38 sujetos) a nivel de significado estadístico si lo es. El grupo de sujetos ingresados en un hospital se caracteriza por tener una patología orgánica, generalmente grave, añadiéndose psicopatología larvada o manifiesta, problemas familiares, incluso una temperatura ambiental más alta de lo normal. Perfilan de esta forma un grupo muy característico de suicidios.

**TENTATIVAS ANTERIORES: ES LA PRIMERA**

Otro de los rasgos característicos de estos individuos es el alto porcentaje de los que no lo han intentado nunca (71,12%). y en su primer intento lo consuman, debido a la gran violencia de los métodos empleados, así como de la gran intención por morir de estos individuos. Ante la ruptura abrupta de su proyecto vital optan por no dejarse llevar por la situación y realizan su autolisis en un impulso.

**LUGAR DEL SUICIDIO: INSTITUCION**

El 29,17% de los que se suicidan en una institución presentan como problemática la patología orgánica.

**EDAD: 66-78, 79-89**

Demuestra la asociación de la patología orgánica al aumento de la edad.

El anciano se suicida fundamentalmente por los conflictos en su microcosmos. Su entorno está reducido a lo que hay a pocos metros de él o en su interior. No precisa más que poder ser autónomo, y la enfermedad viene a romper esa delicada estructura vital que es la del anciano, soportada sobre escasos pilares: sus cosas, su yo, su costumbre.

**EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: NO**

En el 38% de los casos no hay aviso previo, el individuo pilla a su entorno por sorpresa y consume su autolisis antes de que reaccionen.

**ESTADO CIVIL: CASADO**

El 55,77% de los que padecían enfermedad orgánica, estaban casados (17 puntos por encima de la distribución normal de la población muestral). El porcentaje de esta causa entre los casados es del 17,52%, más alta incluso que para los viudos.

**METODO EMPLEADO: PRECIPITACION**

Se emplea en el 64,42% de los suicidios consumados con esta problemática, siendo el método más frecuente sobre todo para las personas de edad es fácil explicarse el hecho.

**METODO ANTERIOR: NO CONSTA Y ASISTENCIA RECIBIDA: NO CONSTA**

Estos resultados concuerdan con la inexistencia de tentativas anteriores que por el sistema de recogida en la base de datos figuran en todos aquellos en que no hubo tentativa anterior como "No consta.

**3.1.2.1.7. PROBLEMAS SENTIMENTALES**

	%CATE	%PSENT	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
ESC SI	27,27	30.00	1.28	11	3.57	0.000

(Tabla III- 3.1.36.: Modalidad que caracteriza a la categoría de Problemática Sentimental)

La única categoría que establece una relación significativa con la problemática sentimental es la de la existencia de un escrito explicativo. Cuando el sujeto se suicida por un problema de este tipo su finalidad no es tanto la muerte (y por tanto romper la relación con el medio) sino el chantaje o el castigo a la parte implicada, siendo su hilo conductor el escrito, que a la vez que justifica, deja bien claro quien es el responsable.

**3.1.2.1.8. PROBLEMATICA FAMILIAR. (13 casos)**

	%CATE	%FAM	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
TTO NO	4.35	76.92	26.81	230	3.53	0.000
AMP SI	66.67	15.38	0.35	3	3.22	0.001
DIST VILLV	20.00	23.08	1.75	15	3.06	0.001
AÑO 91	3.27	69.23	32.05	275	2.50	0.006

(Tabla III\_ 3.1.37.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Problemas Familiares)

La problemática familiar, de forma exclusiva, ha sido esgrimida en muy pocos casos. Todos ellos tremendamente dramáticos y asociados al consumo de alcohol y la enfermedad mental, así como al bajo nivel económico y cultural de los implicados, formando, todo ello, una maraña que envuelve al individuo y le conduce a la autodestrucción física.

En este grupo se revela significativa, por lo raro, el suicidio ampliado. Sólo existen tres casos de este tipo a lo

largo de los tres años del estudio. Uno de ellos un verdadero suicidio precedido de un intento de uxoricidio "por compasión", los otros dos, aunque catalogados como suicidio ampliado, podrían (a partir del análisis del método utilizado) considerarse como un pacto suicida.

El 76% de los sujetos de esta submuestra carecían de tratamiento médico y en general no suelen tenerlo. En esta muestra se encuentran, además de los tres ya comentados, tres jóvenes (dos chicos y una chica menores de 21 años), un hombre y una mujer jóvenes casados, dos divorciados mayores de 55 años, dos viudos (mayores de 70) y un soltero de 44.

### 3.1.2.1.9. PROBLEMÁTICA: ADICCIÓN A DROGAS Y/O ALCOHOL

	%CATE	%ADDA	%GLOBAL	PESO	VTEST	RPOBA
EDAD 25-33	16.30	45.83	15.73	135	4.97	0.000
SIT SAD	21.13	31.25	8.28	71	4.65	0.000
CONV SOLO	11.32	25.00	12.35	106	2.33	0.010

(Tabla III- 3.1.38.: Modalidades que caracterizan a la problemática: Adicción a Drogas y/o Alcohol)

El sujeto adicto a drogas se suicida entre los 25 y los 33 años en el 45% de los casos. En la misma categoría se agrupa la adicción al alcohol cuyos efectos de deterioro orgánico y psíquico tienen una edad de aparición más tardía que en el drogadicto a heroína o incluso al de la cocaína.

Su situación laboral no es conocida, en el momento en el que se encuentran alcanzan las cotas más altas de desarraigo social. Viven en la marginalidad y no se les conoce una convivencia estable.

Su método de suicidio varía mucho dependiendo de las circunstancias personales, pero, en general, son violentos y poco elaborados: ferrocarril, precipitación, ahorcadura.

Tan solo ha habido un caso de sobredosis considerado como suicidio en los tres años, dada la difícil demostración del origen voluntario de una sobredosis, se prefiere descartar un asesinato y no etiquetarlo.

## 3.1.2.10. PROBLEMATICA COMBINADA

	%CATE	%COMB	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
EDAD 25-33	6.67	45.00	15.73	135	2.94	0.000
CONV INST	12.12	20.00	3.85	33	2.53	0.000
SIT DESS	16.67	15.00	2.10	18	2.45	0.000

(Tabla 3.1.39.: Modalidades que caracterizan la categoría: Problemática combinada)

La problemática combinada recoge en ella dos tipos de sujetos, de uno los señalados por la modalidad convivencia en institución y de otro los de situación laboral:desempleado sin subsidio. En ambos grupos tienen una gran preponderancia los sujetos de edades entre los 24 y los 33 años. Problemas con la legalidad, adición a drogas y mundos marginales se dan cita en ellos. Existen otros sujetos de más edad que presentan también problemática combinada, suelen tener una dependencia alcoholica y los problemas economicos o/y familiares sus principales preocupaciones.

## 3.1.2.2. CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON LA VARIABLE PROBLEMATICA SOCIAL

## 3.1.2.2.1. CRUCE DE LA VARIABLE TEMPERATURA MAXIMA CON PROBLEMATICA SOCIAL

	MEDIA	DESV TIPICA	MINIMO	MAXIMO
NO CONSTA	18.989	8.268	5.000	37.300
NINGUNA	23.473	8.408	4.000	37.000
PDEUDO	19.373	8.541	5.800	34.100
ECONOM	17.428	7.807	8.700	37.200
JUDIC	21.838	7.259	9.300	32.300
PATO	20.725	8.576	6.800	36.800
SENTIM	18.910	7.626	10.600	31.800
FAMILIARES	15.623	8.190	6.400	36.700
ADDA	20.035	9.401	7.000	39.400
COMBINADA	21.915	8.111	6.200	35.200

FISHER = 3.47 ,PROBA (FISHER >3,47) =0,000.

(Tabla III- 3.1.40.: Cruce de temperatura máxima con problemática social)

### 3.1.2.2.2. VARIABLES ATMOSFERICAS Y SU SIGNIFICACION EN LAS CATEGORIAS DE PROBLEMATICA SOCIAL

#### NINGUNA PROBLEMATICA ASOCIADA

Se ha realizado el cruce de temperatura diferencial, máxima y mínima, termómetro seco medio y temperatura randomizada en relacion a "ninguna problemática", obteniéndose el siguiente resultado:

	MEDIACLASE	MEDIAGENERAL	DESV.TIPICA	VTEST	PROBA
TEMPDIF	11.001	9.495	3.450	4.53	0.000
TEMPMAX	23.473	19.796	8.513	4.49	0.000
TSECOMED	17.978	15.098	7.126	4.06	0.000
TEMPMIN	12.472	10.301	6.090	3.60	0.000
TSECORAN	8.755	7.711	3.259	3.50	0.000

(Tabla III- 3.1.41.: Variables atmosféricas que caracterizan a la categoría: Ninguna Problemática Asociada)

#### PROBLEMATICA FAMILIAR

Se ha cruzado la precipitación total y la nubosidad media siendo significativas.

	MEDIACLASE	MEDIAGENERAL	DESV.TIPICA	VTEST	PROBA
PRECTOT	54.615	11.589	90.323	4.39	0.000
NUBOSMED	5.415	3.348	2.889	2.84	0.000

(Tabla III- 3.1.42.: Cruce de variables atmosféricas y Problemática Familiar)

**3.1.3. VARIABLE: TRATAMIENTO****3.1.3.1. MODALIDADES CARACTERISTICAS PARA CADA CATEGORIA DE LA VARIABLE TRATAMIENTO A QUE ESTABA SIENDO SOMETIDO.****3.1.3.1.1. TRATAMIENTO AMBULATORIO PSIQUIATRICO**

		%CATE	%APSI	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
CONV	FEXT	47.01	52.51	38.93	334	5.87	0.000
TENT	2-4	60.36	22.41	12.94	111	5.79	0.000
SEXO	MUJER	47.86	44.82	32.63	280	5.44	0.000
LUG	DOMP	40.59	78.60	67.48	579	5.10	0.000
METE	MED	66.04	11.71	6.10	53	4.64	0.000
METO	MED	57.14	12.04	7.34	63	3.63	0.000
SIT	AC	53.01	14.72	9.67	83	3.46	0.000
SIT	BL	52.83	9.36	6.18	53	2.63	0.004
PROB	NC	39.49	67.89	59.91	514	3.44	0.000
PROB	NO	46.88	15.05	11.19	96	2.47	0.000
ANTE	NO	42.39	39.13	32.17	276	3.10	0.000
TIEM	>12M	70.00	4.68	2.33	20	3.02	0.000
EDAD	43-54	45.76	18.06	13.75	118	2.54	0.000
ASIST	UCI	68.75	3.68	1.86	16	2.54	0.006
AVI	SI	45.69	17.73	13.52	116	2.50	0.006
ESTA	DIV	53.33	8.03	5.24	45	2.46	0.007

(Tabla III- 3.1.43.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Tratamiento Ambulatorio Psiquiátrico)

**CONVIVENCIA: FAMILIA EXTENSA**

La correlación entre estar en tratamiento ambulatorio psiquiátrico y vivir en familia de más de dos miembros es grande, alrededor del 50% en ambos casos. Es decir la convivencia de estas características hace suponer que el individuo tiene mayor soporte social que le empuja a recibir tratamiento.

Por otro lado habla del grupo social que más lo recibe que son las mujeres y de su situación como amas de casa.

**INTENTOS PREVIOS: DE UNO A TRES**

Son sujetos que ya lo han intentado antes y por lo tanto están en tratamiento en el momento del exitus (un 60% de los que lo han intentado antes, al menos una vez, están en tratamiento psiquiátrico).

No sale significativo la relación con un número de tentativas mayor de tres. Son personas cuyo intento es serio, aún cuando por el tipo de convivencia y el método que emplean fallen en un pequeño número de casos.

**SEXO: MUJER**

El 44,82% de este grupo son mujeres y de las mujeres de la muestra el 47,86% están en tratamiento ambulatorio psiquiátrico: Este resultado corrobora el hecho de que la mujer demanda antes y más intensamente los servicios de salud, es más comunicativa y su planteamiento existencial es más social, abierto al medio del que demanda una mayor intervención.

**LUGAR: DOMICILIO PROPIO**

Un 78,60% de los sujetos en tratamiento ambulatorio psiquiátrico cometen su suicidio en su propio domicilio.

**METODO UTILIZADO EN LA TENTATIVA ANTERIOR: MEDICAMENTOS**

El 66,04% de los utilizaron este método en la tentativa anterior están en tratamiento psiquiátrico ambulatorio. De lo que se deduce que la mayoría de ellos ya estaban en tratamiento.

El 11,71% de los que están en tratamiento de este tipo lo intentaron antes con medicamentos.

**METODO UTILIZADO PARA EL EXITUS: MEDICAMENTOS**

Más de la mitad(57,14%) emplea este método para suicidarse. Será pues necesario un control estricto de la medicación y su manipulación si se pretende disminuir este sistema de autólisis.

**SITUACION LABORAL: AMA DE CASA, BAJA LABORAL.**

El 14,72% de los que están en tratamiento ambulatorio psiquiátrico son amas de casa, el 53,01% de las amas de casa que se suicidan, lo están.

Ahora bien en la muestra general esto corresponde al 5,12% del total de individuos (858). Es sobre este 5,12% sobre el que será fácil actuar prestando una mayor atención a la patología psiquiátrica de las amas de casa.

Algo más de la mitad de los que estaban de baja se encontraba en tratamiento psiquiátrico ambulatorio, corresponden a un pequeño porcentaje sobre la muestra total: el 9,36%.

**PROBLEMATICA SOCIAL: NO CONSTA, NINGUNA**

En el 67,89% de los sujetos en tratamiento de este tipo no consta ninguna problemática, desde el punto de vista del familiar entrevistado y en el 15,05% se declara que no existe tal. Esto hace un total del 82,94% en el que se atribuye a la patología

psiquiátrica exclusivamente el ser el desencadenante del suicidio consumado.

#### **ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL ENTORNO: NINGUNO**

El 42,39% de los sujetos que no tienen antecedentes de suicidio familiares están en tratamiento psiquiátrico de este tipo. En el 39,13 de los que están en tratamiento ellos no existen antecedentes de este tipo.

Los sujetos en los que consta que tienen antecedentes en su familia son sólo 13 (1,5%). De ellos 6 en tratamiento ambulatorio psiquiátrico. Es decir el 46% de los que sí tienen antecedentes familiares, o al menos nos consta, están en tratamiento psiquiátrico. Evidentemente no es un dato que se pueda llamar estadístico, pues la muestra es muy pequeña pero nos impulsa a pensar que con una anamnesis orientada y escogiendo al familiar entrevistado (pariente próximo, y si es posible: de su misma sangre) podríamos obtener una significación estadística muy semejante a la obtenida por otros autores.

La explicación a la significación del "No existen antecedentes" está en la forma dirigida de la entrevista, en la base de datos existen 569 en que no consta si existían o no, y sólo 289 en que consta una respuesta, siendo el porcentaje de respuesta afirmativa del 4,49%, cifra que aunque menor no se aleja tanto de las presentadas en la literatura científica.

#### **TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INTENTO ANTERIOR: 12 MESES O MAS**

El 70% de los que lo intentaron más de un año antes, se encontraban en tratamiento. Siendo el 4,68% de los que reciben este tratamiento.

A efectos meramente explicativos y sin significación

estadística expondremos la distribución del número de tentativas anteriores en función del tratamiento y el tiempo transcurrido.

## 1-3 TENT

	AMB.PSIQ.	AMB.ORG.	ING.PSI.	ING.ORG.	NO	NO CONSTA
N.C.	32	1	1	0	5	2
1SEM	3	3	0	0	1	0
< 1MES	8	0	2	3	4	0
1-3MESES	2	1	0	0	3	1
< 1AÑO	7	1	1	0	4	5
> 1 AÑO	13	1	1	0	2	1

## &gt; 3 TENT

N.C.	12	2	4	0	1	3
1SEM	2	0	0	0	0	1
< 1MES	2	0	0	0	1	2
1-3MESES	1	0	0	0	1	0
< 1 AÑO	2	0	0	0	2	0
> 1 AÑO	1	0	0	0	0	0

(Tabla III- 3.1.44.: Cruce de las variables Tentativa Anterior, Tiempo transcurrido y Tratamiento recibido. 2-4-TENT: de dos a cuatro tentativas. >4 TENT: Más de cuatro tentativas. N.C.: No consta)

En la tabla observamos que quienes lo intentan son aquellos que están en tratamiento psiquiátrico o no están en tratamiento y que significativamente se distribuyen en los tres primeros meses o lo hacen más de un año después.

El grupo de los que están en tratamiento no psiquiátrico se distribuye más homogéneamente.

**EDAD: 43-54 AÑOS**

El 45,76% de los sujetos de esta edad se encuentran en tratamiento psiquiátrico y esto a expensas fundamentalmente de las mujeres.

Habrà pues que dirigir más atención a las mujeres, amas de casa comprendidas en este segmento de edad, ya que siendo el grupo que más ayuda demanda de los servicios sanitarios, también será el que más fácilmente puede ser ayudado.

**ASISTENCIA PREVIA: U.C.I.**

El 68,75% de los que fueron atendido de lesiones graves en un intento anterior, estará en el momento del intento definitivo en tratamiento psiquiátrico.

Ya hemos visto que los que entran en contacto con sistema asistencial son derivados a un tratamiento especializado. Si este contacto fué dramático y el intento tenía una gran capacidad letal obligando al sujeto a ser atendido en una unidad de cuidados intensivos, lo será con mayor motivo.

El número de estos pacientes en nuestra muestra es bajo: tan sólo el 3,68% precisó este tratamiento. Del total de la población muestral estudiada corresponde a 16 individuos (1,86%).

#### ESTADO CIVIL: DIVORCIADO

La variable estado civil sólo tiene significación con respecto al tratamiento para la categoría: Divorciado.

El 53,33% de los divorciados en nuestro estudio estaba en tratamiento psiquiátrico.

En este grupo de sujetos no consta la problemática en la mayoría (expresión, sin duda, de su limitado soporte social), en los que consta, figura: Tres casos de adicción a drogas, dos de problemas con su expareja, uno diagnosticado de Parkinson, con grandes limitaciones físicas, dos con historia de ingresos psiquiátricos (sin especificar diagnóstico), uno con ingreso de carácter psiquiátrico, para el día siguiente y dos con diagnóstico de Depresión.

#### 3.1.3.1.2. TRATAMIENTO AMBULATORIO MEDICO QUIRURGICO

	%CATE.	%AOTR	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
PROB PATO	50.96	54.64	12.12	104	11.10	0.000
SIT JUB	25.86	70.10	30.65	263	8.44	0.000
TENT PRIM	18.45	78.35	48.02	412	6.38	0.000
EDAD 79-98	31.87	29.90	10.61	91	5.57	0.000
EDAD 66-78	22.50	37.11	18.65	160	4.48	0.000
ESTA VIUDO	26.32	36.08	15.50	133	5.26	0.000
LUG DOMP	13.99	83.51	67.48	579	3.63	0.000
AVI NO	19.17	38.14	22.49	193	3.61	0.000

(Tabla 3.1.45.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Tratamiento Ambulatorio Médico quirúrgico)

#### PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE: PATOLOGIA ORGANICA

Que en el 54,64% de los sujetos en tratamiento ambulatorio orgánico sea la patología orgánica la problemática considerada desencadenante del suicidio es significativo.

Primero por sí misma, demostrando que es una causa importante de autólisis, por lo que conlleva de ruptura de la trayectoria vital, frustración de expectativas, pérdida de la autosuficiencia y disminución de autoestima, además de sufrimiento físico. Pero también porque indirectamente nos habla de los otros sujetos (43) que están sometidos a un tratamiento médico por causa orgánica a los que no se les atribuye problemática referida a esta causa y que sin embargo se suicidan .

**SITUACION LABORAL: JUBILADO**

El 25,86% de los jubilados está en tratamiento orgánico ambulatorio, representando el 70,19% de los sujetos que integran este grupo.

Con el aumento de la edad el tipo de población suicida va paulatinamente cambiando, primero las personalidades psicopáticas, luego las depresiones bipolares, las depresiones monopulares y por último las reactivas por pérdidas afectivas y enfermedad.

La vejez es la etapa que más patologías conlleva y también donde estas cobran una gran fuerza actuando de crisol donde se prueba al ser humano en su conjunto.

**INTENTOS PREVIOS: ES EL PRIMERO**

En el 78,35% de los sujetos que reciben tratamiento de tipo médico quirúrgico, no psiquiátrico, es la primera vez que lo intentan, el resultado, significativo, está en consonancia con la edad, y su situación laboral: jubilación.

**EDAD: 79-98 Y 66-78**

El 31% de los sujetos de edad comprendida entre los 66 y los 78 años y el 22,50 de los del estrato inmediatamente inferior están sometidos a este tipo de tratamiento, lógicamente el porcentaje va aumentando en función de los años como en la población general no suicida.

**ESTADO CIVIL: VIUDO**

Se explica en virtud de la edad de los sujetos.

**LUGAR: DOMICILIO PROPIO**

Conviene resaltar que las especiales condiciones físicas del paciente orgánico le limitarán el acceso a la vía pública condicionando su suicidio en el domicilio propio, máxime si su edad es elevada.

**EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: NO**

En el 38% de los sujetos en tratamiento orgánico no va a haber aviso previo, o al menos, no va a ser reconocido por el entorno del sujeto.

**3.1.3.1.3. INGRESO PSIQUIATRICO**

	%CATE,	%INPS	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
CONV HOSP	42.11	72,73	4,43	38	8,86	0,000
LUG INST	16,67	72,73	11,19	96	6,74	0,000
SIT BL	11,32	27,27	6,18	53	2,98	0,001
PROB JUDI	23,08	13,64	1,52	13	2,69	0,004
SANI 4	8,96	27,27	7,81	67	2,58	0,005
AVI SI	6,90	36,36	13,52	116	2,55	0,005
METE AFUE	40,00	9,09	0,58	5	2,51	0,006

(Tabla 3.1.46.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Ingreso Psiquiátrico)

En ingreso psiquiátrico se encontraban en el momento de su suicidio consumado 22 personas.

**CONVIVENCIA: HOSPITAL**

El 72,73% de los sujetos ingresados convivían habitualmente en el hospital, aunque parece un contrasentido, sólo se catalogó como conviviendo en el hospital a aquellas personas con un ingreso prolongado, diferenciándolas así de las que acababan de hacerlo y por tanto su convivencia habitual era: con su familia, sólo, etc.

**SITUACION LABORAL: BAJA**

El 22,32 de los que estan dados de baja laboralmente lo estan por un ingreso psiquiátrico. El 27,27% de los ingresos psiquiátricos estan dados de baja laboral, es decir, en condiciones normales tienen trabajo, o al menos lo han tenido (seis).

**PROBLEMATICA: JUDICIAL**

Tres personas se encontraban ingresados en el hospital psiquiátrico por orden judicial, es a ellos a los que se refiere esta modalidad, en dos casos lo estaban por haber cometido uxoricidio. Sus edades superaban los 60 años, eran, como es natural: varones.

El tercero estaba en el psiquiátrico penitenciario, tenía 21 años y más de cuatro tentativas anteriores.

**DISTRITO SANITARIO**

Procedentes de una determinada área sanitaria son seis de los veintidos sujetos que cometieron su suicidio durante el internamiento. Siendo su porcentaje, por tanto más alto de los

esperado estadísticamente.

Observando la distribución por años es semejante en los tres años. No existe un agrupamiento en determinadas fechas, salvo en 1989.

#### EXISTIO AVISO PREVIO: SI

Este aviso se dice que existió en el 36,36% de los ingresados, está claro que si los sujetos estaban ingresados, su patología psiquiátrica no era leve, teniendo en cuenta el alto porcentaje de tentativas de suicidio anteriores que poseen estos sujetos, es de considerar el porcentaje para esta variable normal.

#### METODO INTENTO PREVIO: ARMA DE FUEGO

Por su extraordinaria rareza es significativa la aparición de este método como sistema de la tentativa anterior.

Evidentemente sólo dos, pero ambos en ingreso psiquiátrico y ambos, además lo consiguen.

Ambos salieron con permiso de fin de semana, uno padecía esquizofrenia paranoide (26 años) y el otro: varón, 34 años, casado, con 1 tentativa anterior (34 años).

#### 3.1.3.1.4. INGRESO ORGANICO

	%CATE	%INGO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
CONV HOSP	57,89	81,48	4,43	38	11,09	0,000
LUG INST	26,04	92,59	11,19	96	9,89	0,000
PROB PATO	21,15	81,48	12,12	104	8,33	0,000
SEXO VARON	4,67	100,00	67,37	578	4,12	0,000
AVI NO	8,29	59,26	22,49	193	4,01	0,000
METO PREC	5,28	81,48	48,60	417	3,37	0,000
SIT BL	13,21	25,93	6,18	53	3,16	0,001
DIST ALCB	37,50	11,11	0,93	8	2,99	0,001
FAN A91	5,45	55,56	32,05	275	2,37	0,009

(Tabla III- 3.1.47.: Modalidades que caracterizan a la categoría de: Ingreso Orgánico)

#### CONVIVENCIA: HOSPITAL

La interpretación es la misma que para el apartado que lo expuesto en el apartado referente a lugar del suicidio.

**LUGAR DEL SUICIDIO: INSTITUCION**

El 92,59% de los suicidas ingresados en un hospital por causa orgánica cometieron su suicidio en el mismo hospital, frente al 72% de los ingresados psiquiátricos. Lo cual nos habla acerca de las medidas de prevención del suicidio más estrictas en los hospitales psiquiátricos.

**PROBLEMATICA: PATOLOGIA ORGANICA**

El 81,48% de los ingresados por causa orgánica, refieren esta problemática, representando a su vez el 21,15% de los que manifiestan padecer por su pérdida de salud física.

**SEXO VARON**

El sujeto que se suicida estando hospitalizado por un tratamiento orgánico es en el 100% de los casos un varón.

**EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: NO**

El sujeto, da la sensación de improvisar. Al repasar todas las fichas de los suicidios en el Hospital General da la impresión de que el sujeto responde a un acto impulsivo.

**METODO: PRECIPITACION**

En el Hospital se dispone de muy pocas cosas, por tanto, es lógico que el método empleado sea la precipitación: siempre hay una escalera o una ventana y lo único que se necesita es poder llegar a ella.

**SITUACION LABORAL: BAJA LABORAL**

El 25,93% estaban dados de baja, lo cual implica un trabajo, el porcentaje es similar al de los ingresos psiquiátricos.

**DISTRITO MUNICIPAL**

El porcentaje de los suicidios consumados en el hospital para un distrito concreto es del 37,50%.

**AÑO: 1991**

Cada año aumenta el porcentaje de suicidios en hospital general:

1989: 3  
1990: 9

1991:15

Sería lógico pensar que este dato vaya en aumento. No se asocia a una patología determinada de forma significativa. Han aumentado los casos de S.I.D.A. Pero también se produjo en 1991 un aumento de las muertes en enfermos de cáncer. En el mes de Agosto y Septiembre del último año del estudio hubo un aumento importante en relación a los dos anteriores.

### 3.1.3.1.5. NINGUN TRATAMIENTO

	%CATE	%NOTTO	%GLOBAL	PESO	VTEST	PROBA
TENT PRIM	37.38	66.96	48.02	412	6.68	0.000
EDAD 10-17	83.33	6.52	2.10	18	4.83	0.000
EDAD 18-24	40.59	17.83	11.77	101	3.11	0.000
SIT TFIJ	40.51	34.35	22.73	195	4.70	0.000
SIT ESTU	55.36	13.48	6.53	56	4.55	0.000
SIT OTRA	84.62	4.78	1.52	13	4.11	0.000
PROB ECO	77.78	6.09	2.10	18	4.33	0.000
PROB FAM	72.96	4.35	1.52	13	3.53	0.000
PROB NO	37.50	15.65	11.19	96	2.33	0.000
AVI NO	38.86	32.61	22.49	193	4.10	0.000
ESTA SOL	34.33	50.00	39.04	335	3.88	0.000
LUG VP	42.11	20.87	13.29	114	3.72	0.000
CON SOLO	42.45	19.57	12.35	106	3.63	0.000
AYU SIIM	61.11	4.78	2.10	18	2.87	0.000
METO AFUE	39.29	14.35	9.79	84	2.52	0.000

(Tabla III- 3.1.48.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Ningún Tratamiento)

### TENTATIVAS ANTERIORES: ES LA PRIMERA

El 66,96% de los sujetos que no estaban sometidos a ningún tratamiento consiguieron su autolisis en el primer intento. Para la modalidad: "primer intento" el porcentaje de no tratamiento es del 37,38%.

### EDAD: 10-17 y 18-24

El 83,3% de los suicidas entre 10 y 17 años que han consumado su suicidio no estaban en tratamiento. Con porcentaje más bajo, pero también significativo se encuentra el siguiente segmento de edad: 18-24 (40,59%). Constituyendo, entre ambos grupos, el 24,38% de los sujetos sin tratamiento en el momento de la muerte.

### SITUACION LABORAL: TRABAJO FIJO, ESTUDIANTE, OTRA

El 40,50% de los que se encontraban trabajando no seguían ningún tratamiento. El 55,36% de los estudiantes se encontraban

en la misma situación. El 84,625 de los de otra situación laboral tampoco.

En cuanto al sector que constituyen en el grupo: "Sin tratamiento" los que trabajaban son el 34,35%, los estudiantes el 13,48% y los de otra ocupación el 4,78%.

#### **PROBLEMATICA SOCIAL: ECONOMICA, FAMILIAR, NINGUNA**

En relación a no tener tratamiento alguno la problemática, de las tres, más frecuente es "ninguna": no se le reconoce ningún factor de stress social desencadenante del hecho.

Los problemas económicos ocupan el 6% y los familiares el 4,35%.

La distribución en función de la problemática de los sujetos de los sujetos adscritos a este grupo es: 77,78% en los de problemas económicos, 76,92% en los de problemas familiares, y 37,50% en los que carecían de problemática asociada.

#### **EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: NO**

En el 32,61% de los que no estaban siendo vistos por ningún médico no existía constancia de aviso previo.

En el 38% de los casos en que no existía tal constancia en el entorno no existía ningún motivo para preocuparse por la salud del sujeto. Parece lógico que en los sujetos que no presentaban necesidad de tratamiento antes no exista tanta constancia de aviso previo como en los otros, y por tanto, el medio familiar no descarta esta posibilidad.

#### **ESTADO CIVIL: SOLTERO**

El 50% de los del grupo objeto de este apartado son solteros.

El 34,33% de los solteros no siguen un tratamiento médico.

Los solteros son menos cuidadosos de su estado de salud que los que viven en pareja o tienen hijos. Tienen menor soporte social y por lo tanto hay un porcentaje significativo de sujetos sin tratamiento, lo cual no quiere decir que no lo necesiten, simplemente que no han acudido a demandar asistencia médica.

El hecho está en relación con la convivencia: alguien que conviviendo con terceros empieza a presentar desaliño en sus ropas y enseres llamará la atención de los que con él conviven y según sea el grado de relación con ellos la detección de otros datos significativos de patología será rápida. Por el contrario en el soltero y más si vive sólo este fenómeno tardará o no se producirá nunca.

**LUGAR: VIA PUBLICA LEJOS DE SU DOMICILIO**

Esta variable viene determinada por el método que eligen, por la mayor movilidad del individuo joven y por sus especiales circunstancias sociales que le impulsan a alejarse para consumar su autolisis. (El 20% de los que no tienen tratamiento, en el 42,11% de los que lo hacen lejos de casa están en esta circunstancia.

**CONVIVENCIA: SOLO**

El 29% de los que carecen de atención médica vive solo.

El 42,45% de los que viven solos no tienen tratamiento: el individuo que vive solo dispone de menos mecanismos en torno a sí para prestarle ayuda. Es difícil que el medio conozca sus intenciones (aunque este trabajando) y por tanto pueda actuar de alguna manera.

**SOLICITUD DE AYUDA: SI, IMPLICITA**

El 61,11% de los sujetos a los que se les adjudicó una solicitud de ayuda, (una llamada de auxilio) de forma implícita carecían de tratamiento. La respuesta afirmativa a esta variable ha sido muy pequeña (De las dos posibilidades: "Si, explícita" y "Si, implícita" sólo ha habido 50 respuestas, 32 y 18 respectivamente).

**METODO: ARMA DE FUEGO**

El 39,29% de los que utilizaron este método no recibían atención médica, correspondiendo al 14,35% de esta categoría.

Evidentemente si el sujeto está sometido a tratamiento y más si este es psiquiátrico el uso de un arma está limitado.

**3.1.3.2. DIAGNOSTICO MEDICO (PARA AQUELLOS EN LOS QUE CONSTA) EN RELACION AL TRATAMIENTO RECIBIDO**

El objetivo de este apartado es meramente descriptivo, lo reseñado se encontró en los informes de autopsia o al existir una copia de un informe médico en el expediente; la transcripción es literal y no se atiende a ninguna nomenclatura determinada.

## 3.1.3.2.1. TRATAMIENTO AMBULATORIO PSIQUIATRICO

	Casos
Esquizofrenia	27
Psicosis Maniaco-depresiva	4
Paranoíá	5
Psicosis residual (depresión)	1
Depresión	57
Neurosis obsesiva	1
Ansiedad	4
Alcoholismo	4
Ingreso Psi.próximo o previo	18
Parkinson	1

(Total de sujetos:299, diagnóstico: 122 (40,80) )

(Tabla III- 3.1.49.: Diagnóstico en sujetos en tratamiento psiquiátrico ambulatorio)

## 3.1.3.2.2. TRATAMIENTO AMBULATORIO ORGANICO

	Casos
Esquizofrenia	1
Alcoholismo	1
Drogadicción	2
Depresión reactiva	5
Altzheimer	1
Demencia senil	4
Epilepsia	2
Ingresos Psig.anteriores	1

(total de sujetos:97,diagnóstico: 17 (17,52%) )

(Tabla III- 3.1.50.: Diagnóstico en sujetos en tratamiento ambulatorio orgánico)

## 3.1.3.2.3. INGRESO PSIQUIATRICO

	Casos
Esquizofrenia	2
Paranoia	1
Drogadicción	1

(Total de sujetos:22, diagnóstico: 4 (18,18%) )

(Tabla III- 3.1.51.: Diagnóstico en sujetos en ingreso psiquiátrico)

## 3.1.3.2.4. INGRESO MEDICO QUIRURGICO

	Casos
Drogadicción	1
Alcoholismo	1

(Total de sujetos:27, diagnóstico: 2 (7,40% )  
(Tabla III- 3.1.52.: Diagnóstico en sujetos en Ingreso Orgánico)

## 3.1.3.2.5. NINGUN TRATAMIENTO

	Casos
Esquizofrenia	1
Ingresos Previos Hosp.Psiq.	4
Drogadicción	8
Alcoholismo	4
Demencia senil	8
Depresión	14
Neurosis obsesiva	1
Depresión reactiva	4
Síndrome de Gelineau	1
Abandono en la infancia	1

(total de sujetos:230,diagnóstico: 46 (20%)  
(Tabla III- 3.1.53.: Diagnóstico en sujetos Sin Tratamiento)

## 3.1.3.2.6. NO CONSTA TRATAMIENTO

	Casos
Alcoholismo	5
Esquizofrenia	1
Depresión reactiva	1
Depresión	1
Drogadicción	1
Suicidio ampliado	1

(Total de sujetos: 183, diagnóstico: 10 (5,46%))  
(Tabla III- 3.1.54.: Diagnóstico en sujetos sin constancia de tratamiento)

### 3.2. CARACTERISTICAS DEL SUICIDIO. VARIABLES EXPLICATIVAS

#### 3.2.1. VARIABLE: LUGAR DEL SUICIDIO

Modalidades que caracterizan a cada una de las opciones, con alta significación estadística:

##### 3.2.1.1. CARACTERIZACION DE LAS CATEGORIAS DE LA VARIABLE LUGAR DEL SUICIDIO

###### 3.2.1.1.1. DOMICILIO PROPIO

		%CATEG.	%LUGAR	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
SEXO	MUJER	82,50	39.90	32.63	280	6.66	0.000
SIT.LABORAL	A.C.	91.57	13.13	9.67	83	5.28	0.000
TTO	APSI	78.60	40.59	34.85	299	5.10	0.000
EDAD	66-78	80.63	22.28	18.65	160	3.97	0.000
ESTA	VIU	81.95	18.83	15.50	133	3.93	0.000
TTO	AOTR	83.51	13.99	11.31	97	3.63	0.000
CONV	SOLO	82.08	15.03	12.35	106	3.45	0.000
SIT	JUBI	75.29	34.20	30.65	263	3.21	0.001
METO	PREC	72.42	52.16	48.60	417	2.94	0.002
PROB	NC	71.01	63.04	59.91	514	2.62	0.004
EDAD	79-98	79.12	12.44	10.61	91	2.46	0.007

(Tabla III- 3.2.1.: Modalidades que caracterizan a la categoría: domicilio propio)

#### SEXO: MUJER

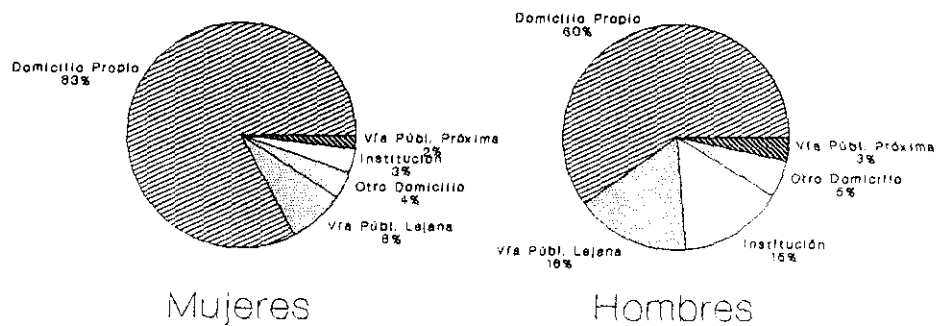
En su propio domicilio, como se puede observar en la tabla, se suicidan las MUJERES. El 82,50% de ellas lo hacen en su casa, correspondiendo al 39,90% del total de sujetos que eligen su hogar para cometer el acto suicida.

#### SITUACION LABORAL: AMAS DE CASA Y JUBILADOS

Por su situación laboral son AMAS DE CASA, principalmente, (91,57%). EL 13,13% de los que lo hacen en el propio domicilio pertenecen a esta categoría. También son JUBILADOS (el 34,20%) pero su opción implica al 75,29% de este colectivo, es decir en un porcentaje menor que en el colectivo "amas de casa". Aunque en la submuestra "lugar del suicidio: domicilio propio" el porcentaje de los segundos sea mayor.

Explicación de los resultados: por un lado los "jubilados" son 263 individuos de la muestra, frente a 83 amas de casa, el termino "jubilado" se aplicó según constaba en el archivo original siguiendo la norma de que ama de casa es aquella que atiende las labores domésticas y no percibe ningún salario, así mismo: las mujeres que entran en la categoría "jubilada" son las que cobran una pensión y no asumen la responsabilidad de la marcha del hogar en el que viven.

## Sexo y Lugar



Ilustr. Distribución porcentual del lugar del suicidio según el sexo

**EDAD: 66-78 AÑOS Y 79-98**

Aparecen dos segmentos de edad, el más importante: De los 66 a los 78 años: el 80,63% de ellos eligen su domicilio (22,28%) de la clase "domicilio propio", el otro de los 79 a 98 años, estos lo hacen en el 79,12%, siendo el 12,44% del total de domicilio propio en el cruce con edades. De ello se deduce que atendiendo a la edad de los sujetos existe una clara preferencia por hacerlo en su casa entre las personas de la llamada tercera edad, lo cual es lógico, teniendo en cuenta sus mayores limitaciones físicas y progresiva reducción del espacio socio vital de los mismos.

**CONVIVENCIA: SOLO**

En el cruce de "lugar del suicidio" con "convivencia anterior al hecho" sólo sale significativa la categoría: SOLO. Su explicación es clara, el suicida necesita en el momento de cometer el acto y durante su preparación un tiempo y espacio de soledad. El que vive solo lo tiene más fácil y comete el acto en su hogar, los demás han de optar entre esperar a que se vayan los que con él conviven o marcharse de casa para hacerlo: los jóvenes y los hombres casados en la calle, los vigilantes jurados o personas que trabajan solos en el lugar de trabajo, los ancianos que viven con familia y las amas de casa en horas en que no hay nadie atento en su proximidad.

**TRATAMIENTO A QUE ESTABA SOMETIDO: AMBULATORIO**

En este apartado se encuentran dos categorías con distintos porcentajes: TTO. AMBULATORIO PSIQUIATRICO: (78,60%), son el 40,59% de los que lo hacen en su domicilio. Simplificando el 78,60% de los que están en tratamiento psiquiátrico ambulatorio lo hacen en su domicilio, teniendo en cuenta que estos individuos son en su mayoría mujeres amas de casa el sentido de la significación estadística está claro.

El TRATAMIENTO AMBULATORIO ORGANICO también tiene significación elevada (83,51%), estos sujetos tienen limitaciones físicas en mayor o menor medida. Por otro lado, es de sobra conocido la gran frecuencia con que distintas consultas por patologías orgánicas dan forma y son en realidad manifestaciones de enfermedad mental, este aspecto será tratado más a fondo en la parte del trabajo dedicada al área sanitaria.

**PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE: NO CONSTA**

Aquí solo sale significativo que NO CONSTA problemática. La familia, el entorno social del suicida que lo comete en su casa no tiene conciencia de la situación vivida por el sujeto; si vive solo: realmente por que lo está, no saben de sus problemas; si es jubilado, o ama de casa no puede tenerlos, pero ante el suicidio se duda y no se sabe que contestar; indicando que sí:

estaban en tratamiento por un médico, por lo cual la carga de culpabilidad subjetiva inherente al suceso ya está compartida: "se hizo lo que se pudo".

#### **ESTADO CIVIL: VIUDO**

El 81,95% de los viudos lo hacen en su casa. Este aspecto de la cuestión es fácilmente explicable, los viudos suelen estar mas solos que los que tiene una pareja estable y por otro lado se da más en mujeres y en general en el estrato poblacional de edad avanzada.

#### **METODO EMPLEADO: PRECIPITACION**

El 72,42% de los precipitados lo hacen en su casa, y el 52,16% de los que lo hacen en su casa eligen este método.

Es un método de amplia difusión en el medio urbano español, lo único que hace falta es encontrar un sitio alto de fácil acceso, si el suicida potencial vive en un piso alto: no necesita más.

Como un aspecto clave de la fenomenología del suicidio es que el método empleado ha de ser habitual en el medio del sujeto, con el que este acostumbrado a convivir cuyas ventajas e inconvenientes conozca al menos aproximadamente es fácil entender por qué en Madrid los suicidios son por precipitación selectivamente.

Como dato curioso señalar el suicidio de un anciano que llegó a precipitarse hasta tres veces, en un día, por la misma ventana hasta ver conseguidos sus deseos, dado que esta no cumplía el requisito básico de tener la suficiente altura.

En general, la familia explica el éxito del suicidio en base a un accidente: "Estaría subiendo la persiana", "Quizá fué a limpiar el cristal", "Le gustaba asomarse y seguro que le dió un mareo".

Afortunadamente, al menos, a efectos del estudio, los médicos forenses dan por supuestas muy pocas cosas y siempre al levantar el cadaver justifican su diagnóstico de suicidio en base a datos objetivos extraídos de la inspección ocular del lugar, tales como distancia a la pared (distinta según se caiga o se imprima un impulso), si la ventana está abierta o no de par en par, útiles y objetos alrededor de la misma, o bien, si se ha quitado los zapatos. Una cosa es clara: El diagnóstico forense de suicidio no ha de tener falsos positivos dadas las implicaciones sociales y ha de existir un diagnóstico diferencial muy claro con el homicidio o el accidente.

#### **3.2.1.1.2. OTRO DOMICILIO**

Como hemos visto esta categoría comprende el lugar de trabajo y un domicilio ajeno, donde el sujeto va exclusivamente a

cometer su suicidio, el tiempo que permanece en él no supera las 48 horas.

		%CATEG.	%LUGAR	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
SIT	TRABAJO FIJO	10.26	46.51	22.73	195	3.39	0.000
CONV	AMIGOS	50.00	6.98	0.70	6	2.86	0.002
ESTA	SOLTERO	7.76	60.47	39.04	335	2.76	0.003
MÉTO	ARMA FUEGO	11.90	23.26	9.79	84	2.51	0.006
MÉTO	MEDICAMENTOS	12.70	18.60	7.34	63	2.33	0.010

(Tabla III- 3.2.2: Modalidades que caracterizan a la categoría: Otro domicilio)

#### **SITUACION LABORAL: TRABAJO FIJO**

El 46,51% de los individuos que se suicidan en otro domicilio tienen trabajo fijo, hay que tener en cuenta que la mayoría de los aquí recogidos lo hicieron en el trabajo.

Representando el 10,26% del total de aquellos que poseían una colocación estable (20 de los 195).

#### **CONVIVENCIA: CON AMIGOS**

El 50% de los que compartían su piso con amigos se suicidan en un domicilio distinto, de los seis del total de la muestra: tres.

El resto de las categorías de que esta compuesta la variable convivencia no tiene significación estadística en este grupo.

#### **ESTADO CIVIL: SOLTERO**

El 60% de los que utilizan (fundamentalmente) el trabajo para suicidarse están solteros, aunque estos son un pequeño porcentaje de la totalidad de solteros recogidos en el estudio (sólo el 7,76%) (26 de los 335). En el siguiente apartado daremos una explicación de estos resultados.

#### **METODO EMPLEADO: ARMA DE FUEGO, MEDICAMENTOS**

##### **ARMA DE FUEGO**

Este espacio de suicidas está fundamentalmente ocupado por vigilantes jurados, que dadas las características de su trabajo: posesión de arma de fuego, horario generalmente nocturno (que dificulta relaciones personales), trabajo en muchas ocasiones en soledad, etc. facilita la elevación de la tasa de incidencia de suicidios consumados en este sector profesional.

Debido por una parte al peor soporte social que poseen los individuos con trabajos en soledad, nocturnos o con cambios de horario, de otra a que el arma de fuego es uno de los métodos mas

eficaces para la consumación del suicidio.

### MEDICAMENTOS

Este tipo suicida, que consuma su autolisis, en otro domicilio, lo hace generalmente en un hotel, quizá y sólo como apreciación personal es el sujeto que más organiza su suicidio, hace acopio de medicamentos psicotr6picos y se marcha al otro extremo de la ciudad, o incluso viene a Madrid desde otra capital, generalmente eligen un hotel de tres estrellas y aprovecha la tarde noche para no ser interrumpido. El porcentaje es pequeño (8 individuos, todos ellos hombres), pero llama la atención la preparación escrupulosa del hecho.

Sin significación estadística (dado lo escaso del número), pero a efectos descriptivos cabe destacar que todos tenían un nivel de estudios superior al B.U.P. y dos de ellos eran médicos, que lo hicieron mediante aplicación de un "Coctel" mortal de necesidad en suero intravenoso, siendo curioso el cumplimiento estricto de las normas básicas de antisepsia en todo el proceso de veno-punción.

El resto de los sujetos estaba en tratamiento ambulatorio psiquiátrico y conocía bien qué se administraba, sólo uno de ellos tenía, además, una patología orgánica grave (Neoplasia).

#### 3.2.1.1.3. VIA PUBLICA PROXIMA A SU DOMICILIO

		%CATEG.	%LUGAR	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
METO	FERROCARRIL	17.14	23.08	4.08	35	3.37	0.000
TIEM	> 12 MESES	20	15.38	2.33	20	2.83	0.002

(Tabla III- 3.2.3.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Vía Pública próxima a su domicilio)

#### METODO EMPLEADO: FERROCARRIL

Aunque la categoría sale con relación significativa, las tablas de contingencia empleadas para identificar la asociación entre las variables: Método y Lugar empleadas para su cálculo vulneran el principio estadístico de aplicación del Chi-cuadrado ya que alguna frecuencia esperada o teórica es inferior a 5, por tanto su interpretación no ha de ser tomada como dato de relación estadística.

Al proceder al agrupamiento de categorías siguiendo criterios puramente matemáticos (en virtud de los residuales de igual signo) la relación no se verificó. Además de perder gran parte de su sentido práctico.

Es por tanto recomendable no considerar este resultado de manera estricta, solo haremos la salvedad de que cuando un sujeto se suicida en la vía pública próxima a su domicilio el sistema que exige menos esfuerzo por su parte y limita la acción de terceros para impedirlo es arrojarlo a las vías del metro por

lo que será el más frecuentemente elegido. En la muestra son seis los que lo utilizan en la proximidad de su domicilio.

El resto de los que utilizan el método lo hacen lejos, ya sea en las vías del tren cuando este sale de la ciudad y adquiere una cierta velocidad o bien en una estación de metro lejana a su hogar.

#### TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO: MAS DE 12 MESES

El 20% de los sujetos que consuman su suicidio después de 12 meses del último intento lo hacen en esta categoría.

#### 3.2.1.1.4. VIA PUBLICA LEJANA A SU DOMICILIO

		%CATEG.	%LUGAR	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
METO	SUM	73.68	12.28	2.21	114	5.91	0.000
METO	FERR	51.43	15.79	4.08	35	5.41	0.000
TTO	NO	20.87	42.11	26.81	230	3.72	0.000
SEXO	VARON	15.92	80.70	67.37	578	3.27	0.001
METO	TRAF	100.0	2.63	0.35	3	2.83	0.002

(Tabla III- 3.2.4.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Vía pública lejana a su domicilio)

#### METODO EMPLEADO: TRAFICO, SUMERSION, FERROCARRIL

##### SUMERSION

La mayoría de los sujetos que utilizan esta modalidad, han de ir al río Manzanares para llevarla a cabo y que figure en este archivo, aunque es una realidad que muchos de ellos han tenido alguna relación con él y conocen su profundidad y desde que puente tirarse.

El "tirarse al río" está más extendido entre clases marginales (mendigos, fundamentalmente) o bien entre personas que viven en su ribera o barrios limitrofes: Carabanchel, Usera, Paseo de Extremadura o personas cuyo domicilio esta en ciudades tales como Parla y Getafe. Estos son lo que mayoritariamente acuden a él desde cierta lejanía espacial, si bien, no emocional. Sus edades superan los 60 excepto en dos casos de enfermedad mental, diagnosticados como Esquizofrenia.

##### FERROCARRIL

El 51,43% de los que emplean este método lo hacen lejos de casa, generalmente viven en distritos periféricos utilizando dos modalidades: o las vías del ferrocarril, que aunque no próximas sí son conocidas porque viajen en tren o por otros motivos. O bien en una estación de metro que no pertenezca a su trayecto habitual.

El diagnóstico de suicidio es fácil: las conductas se reproducen en todos los casos: se colocan en un extremo del andén, siempre el mismo por el que entra el tren impidiendo así la maniobra de frenado, dejan alguna pertenencia en el andén: una gabardina doblada, el bolso, el bastón, etc. perfectamente colocado para que no sufra ningún daño.

### TRAFICO

Sólo tres individuos de la muestra utilizaron este método, uno de ellos entraba en la categoría "no autorizado", otro era alcohólico, de 51 años casado y sin tratamiento, el tercero un joven de 19 años con problemas de pareja, que ya lo había intentado otra vez antes, sin tratamiento.

#### 3.2.1.1.5. INSTITUCION

		%CATEG.	%LUG.	GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
CONV	HOSP	84.21	33.33	4.43	38	10.74	0.000
TTO	INGO	92.59	26.04	3.15	27	9.89	0.000
CONV	INST	78.79	27.08	3.85	33	9.22	0.000
TTO	INPS	72.73	16.67	2.56	22	6.74	0.000
SEXO	VARON	14.88	89.58	67.37	578	5.21	0.000
PROB	JUDI	69.23	9.38	1.52	13	4.76	0.000
PROB	PATO	26.92	29.17	12.12	104	4.72	0.000
SIT	OTRO	61.54	8.33	1.52	13	4.17	0.000

(Tabla III- 3.2.5.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Institución)

#### CONVIVENCIA: HOSPITAL, INSTITUCION

##### HOSPITAL

En el Hospital se suicidan el 33,33% de los que eligen esta modalidad, pertenecen al grupo de hospitalizados el 84,21% de ellos. Existen dos grupos de ingresados en Hospital: los que tienen un ingreso orgánico: de estos la mayoría son hombres con Carcinoma terminal (9), VHI(+) (4), EPOC (2) y el resto en diálisis (1), o patologías menores. En Hospital psiquiátrico son diez los hombres y 2 mujeres, generalmente en hospital privado. También hay un preso que se suicida en hospital público.

En la interpretación de estos resultados hay que tener en cuenta que existen casos de sujetos que aún estando ingresados en hospital no cometen su autolisis en él sino que salen y utilizan distintos métodos. Al igual que existen sujetos que sin estar ingresados cometen su autolisis en este tipo de institución.

##### INSTITUCION

El 78,79% de los suicidas que están en la Institución lo

hacen en ella.

De ellos en la cárcel lo hacen 4 hombres y una mujer, y cuatro en hospital penitenciario. En el cuartel son cuatro: tres haciendo el servicio militar y uno de carrera.

En residencia de ancianos el número de mujeres es un poco más elevado pero sigue siendo mayoría el de hombres haciendo un total de nueve.

#### **TRATAMIENTO: INGRESO DE CAUSA ORGANICA Y PSIQUIATRICA**

Es fundamentalmente a partir de los INGRESOS ORGÁNICOS de los que se alimenta este subgrupo.

La patología orgánica más frecuente es:

- Carcinoma terminal
- VHI(+) ingresado y

más lejos el que padece una:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en estadios finales.
- Diálisis

-Patologías menores (que inciden de manera significativa en la trayectoria vital del sujeto y sirven de causa precipitante del acto Ejemplo: Fractura de cadera en un anciano viudo sin hijos).

Los INGRESOS PSIQUIÁTRICOS son 22 en total, observándose un claro predominio de los hospitales privados.

#### **SEXO: VARON**

De una manera clara los que se suicidan en una institución son varones, en su mayoría (el 89,58%), teniendo en cuenta que institución comprende: Cárcel, Cuartel y Residencia de Ancianos, así como algún organismo oficial a donde el sujeto acudió y cometió allí su autolisis: calabozos de juzgados, sesión de diálisis, ambulatorio de la Seguridad Social etc. (todos estos en un porcentaje mínimo)

En general se observa una menor resistencia de los varones a las situaciones adversas, que limiten su actividad o que se acompañen de sufrimiento, el varón tiende a tomar una decisión drástica antes que la mujer.

También es cierto que en instituciones es distinto el porcentaje de hombres que de mujeres en relación a la población normal.

**PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE: ORGANICA Y JUDICIAL**

**PATOLOGIA ORGANICA**

En los dos primeros años del estudio la patología orgánica involucrada de manera mas importante era la enfermedad neoplásica en estadios terminales, a medida que transcurren los meses se observa un aumento de sujetos VHI(+) en estadios también muy evolucionados de la enfermedad, por lo que, y aunque no tenga significación estadística de momento, se prevee, dados los resultados, que ese será un campo de atención predominante en los próximos años.

Simultáneamente, el índice de suicidios en sujetos seropositivos, aún en estadios precoces también ha experimentado un notable aumento en los últimos meses de 1991.

**PROBLEMAS JUDICIALES**

Los que se suicidan en la carcel son el 9,38% de los que lo hacen en instituciones y si bien este porcentaje no es grande, si es cierto que el índice de suicidios en estas circunstancias es alto.

En el estudio hay recogidos 13 casos con problemática judicial declarada exclusivamente, pero hemos de considerar aquí a los doce que presentan una problematica combinada:

De los diez que son adictos a drogas y VHI(+), tres estan en la cárcel y existen dos más que son adictos a drogas y tienen cuentas pendientes con la justicia.

El círculo drogas intravenosas, VHI(+), cárcel se convierte en una espiral sin salida que conduce al sujeto a la desesperanza y por último a la autolisis.

Son los individuos que menor soporte social tienen, de los únicos de cuyo suicidio el entorno no se culpabiliza, incluso, se siente aliviado, sobre todo si el hecho del suicidio en sí no se produce en la institución.

**SITUACION LABORAL: OTRA**

De los trece individuos enmarcados en "otra situación laboral" no contemplada en el protocolo de estudio siete estaban haciendo el servicio militar, es decir siete lo realizaron en el cuartel.

Existen dos suicidios más en que el familiar entrevistado alude al deseo de no hacer la mili como motivo del suicidio, no estan aquí recogidos porque lo hicieron antes de incorporarse a filas.

El resto de los sujetos recogidos aquí son situaciones especiales de traslados de eventuales desde una provincia a otra

(dos) o sujetos ingresados en prisión desde bastante tiempo antes (cuatro).

**3.2.1.2. CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON LA VARIABLE LUGAR DEL SUICIDIO**

El cruce de estas variables continuas con la variables lugar del suicidio solo tienen significación estadística en cuanto a la temperatura, en especial a la mínima diaria con un Fisher de 2,53 y una probabilidad del 0.0387, lo cual no es demasiado importante para tenerlo en cuenta.

Cruzando esta variable con las categorías de la variable "Lugar del suicidio" se observa que LOS SUICIDIOS EN LAS INSTITUCIONES SON MÁS FRECUENTES LOS DIAS DE TEMPERATURA MÍNIMA MÁS ALTA, ES DECIR LOS DIAS DE MÁS CALOR (valorando la media de las mínimas, pero sobre todo el rango en que se mueven estos valores se observa que los días con temperatura extrema son los que realmente influyen, fundamentalmente aquellos más calurosos.

	CASOS	MEDIA	DESV.TIP.	MINIM.	MAXIM.
DOMP	579	10.198	6.318	-1.000	24.600
OTRO	43	8.872	5.183	-0.500	19.500
VPP	26	11.962	6.808	0.400	23.000
VPL	114	9.768	5.733	-2.000	23.600
INST	96	11.741	6.590	-0.700	25.000

(Tabla III- 3.2.6.: Cruce Temperatura minima/Lugar del suicidio)

	Media	Media General	Desv. Típica	V. Test	Probab.
TSECMED	16,869	15,098	7,721	2,49	0,006
TEMPMAX	21,752	19,796	8,838	2,39	0,008
TEMPMIN	11,741	10,301	6,275	2,38	0,009

(Tabla III- 3.2.7.: Cruce de la clase: Lugar del suicidio: Institución con las variables)

1. Temperatura media del día a termómetro seco
2. Temperatura máxima del día
3. Temperatura mínima del día

Como se puede observar la diferencia de las temperaturas en esta clase (primera columna) y la de los días en que se cometió algún suicidio (segunda columna), indica una tendencia a las temperaturas más altas por parte de este grupo de sujetos.

Evidentemente la temperatura elevada es un factor que aumenta la sensación de incomodidad y se traduce en un mayor índice de conductas agresivas entre los sujetos. Máxime si existe hacinamiento y el individuo se siente retenido contra su voluntad, si sus condiciones psicológicas son propicias y la tendencia autolítica existe, todo ello conducirá al desenlace.

### 3.2.2. VARIABLE METODO DEL SUICIDIO

En el estudio de esta variable y su cruce con las demás se presentaba el problema de vulneración del principio de aplicación del estadístico utilizado al aparecer las frecuencias teóricas en algunos casos menores a cinco.

Si el agrupamiento se hace por principios matemáticos: residuales del mismo signo, los resultados de su significación estadística no se corresponden con una interpretación real adecuada, por ejemplo: matemáticamente es lícito agrupar a los que utilizan caústicos por ingestión con los que se suicidan en su coche con monóxido de carbono.

Evidentemente y ante la realidad comprobada de que ambos grupos no pertenecían al mismo estrato social, la solución del problema no es fácil. Lo hemos hecho todo y en cada caso expondremos los principios estadísticos aplicados, a fin de facilitar al lector la interpretación de los resultados y su grado de significación.

#### 3.2.2.1. CARACTERIZACION DE LA VARIABLE: METODO DEL SUICIDIO CONSUMADO

##### 3.2.2.1.1. ARMA DE FUEGO

	%CATEG.	%A.FUE.	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
SEXO VARON	13.87	95.24	67.37	578	6.37	0.000
SIT TFIJ	16.92	39.29	22.73	195	3.49	0.000
AYU NC	10.49	100.00	94.17	808	2.58	0.000
SIT OTRO	38.46	5.95	1.52	13	2.54	0.005
TTO NO	14.35	39.29	26.81	230	2.52	0.006
LUG OTRO	23.26	11.90	5.01	43	2.51	0.006
MES FEB	20.00	14.29	6.99	60	2.34	0.010

(Tabla III- 3.2.8.: Modalidades que caracterizan a método: Arma de fuego)

##### SEXO: VARON

El 95,24% de los que emplean el arma de fuego en su autodestrucción son varones, tan sólo cuatro mujeres lo hicieron a lo largo del estudio, de ellas sólo una era propietaria de un arma y su procedencia era extranjera, las otras utilizaron el arma de un familiar (marido o padre).

##### SITUACION LABORAL: TRABAJO FIJO, OTRA SITUACION: MILITARES

###### TRABAJO FIJO

El 39,29% de los que utilizan este método tienen trabajo fijo, que unido al 5,95% con una situación laboral especial (estos son todos jóvenes haciendo el servicio militar ya que en

la cárcel no se dispone de armas y los otros dos sujetos con esta categoría especial no utilizaron este método).

Hacen un 45,24% del total de sujetos que utilizan este método. En ellos el arma es propia siendo herramienta de trabajo.

De los treinta y tres sujetos con trabajo fijo que se suicidan con arma de fuego tres son extranjeros, cinco militares, cuatro policías, cinco vigilantes jurados, y ocho tienen otro trabajo (uno de ellos es mujer, soltera, entre los hombres hay de dos tipos: los casados mayores de 50 años (cinco) y los solteros de edad entre los 22 y los 40 (tres). En el resto (ocho) no recibimos autorización para acceder a su historia.

#### **OTRAS SITUACIONES LABORALES: SERVICIO MILITAR**

De los cinco en situación laboral especial todos ellos estaban haciendo el servicio militar. Llevaron a cabo su suicidio en: Enero del 90, Septiembre del 90, Septiembre del 91 y dos en Diciembre del 91.

#### **SOLICITUD DE AYUDA: NO CONSTA**

Si bien es cierto que un alto porcentaje de la muestra pertenece a esta categoría, también lo es que el 100% de los sujetos que se suicidan con un arma de fuego la cumplen. No parece debido a condiciones inherentes al sistema de recogida de datos, lo que sí es cierto es que esta pregunta involucra de manera directa al sujeto que la contesta afirmativamente, de un lado y de otro que en general los varones de la muestra son menos proclives a recurrir a terceros en la solución de sus problemas, y entre ellos con más frecuencia los que emplean este método.

#### **TRATAMIENTO RECIBIDO: NINGUNO**

En este espacio muestral el índice de no tratamiento previo al hecho es considerablemente mayor que en la población estudiada: Un 39,29% frente al 26,81% global. Influidos por: Sexo: los hombres acuden al médico menos que las mujeres; edad: son varones en los dos primeros tercios de su vida, situación social: con escasa comunicación con su entorno.

#### **MES: FEBRERO**

Doce son los individuos que cometieron su suicidio en este mes (el 20%).

Observando la distribución anual de suicidios por arma de fuego se observa un aumento significativo en los meses de enero, febrero, marzo y abril. No existen diferencias entre los tres años que duró el estudio y sí de esta época en relación al resto del año, comprobados algunos hechos sociales que no parecen

influir se valora el hecho de que en estos meses las noches son largas y hace frío impidiendo al sujeto (Vigilante jurado) salir del recinto generalmente estrecho donde se encuentra. Si la tendencia autolítica es fuerte y existen otros factores sociales, personales o psicopatología acompañante el sujeto estará más expuesto a intentarlo con lo que tiene más próximo: Su arma.

#### LUGAR DEL SUICIDIO: OTRO DOMICILIO

Diez de los cuarenta y tres sujetos que se suicidaron en otro domicilio lo hicieron por arma de fuego. De ellos ocho lo hicieron en el trabajo, siendo, como es lógico suponer, vigilantes jurados o policías, solo uno de ellos era militar.

#### 3.2.2.1.2. ARMA BLANCA

Esta categoría no tiene ninguna relación significativa con ninguna otra variable. Sin significación, pero útil a modo de descripción del fenómeno: el 68% de los individuos que utilizan este método lo hace en su domicilio (once).

Tres lo hicieron en la vía pública y dos en institución. En cuanto al sexo lo utilizaron más los hombres que las mujeres de la muestra (10 frente a 6) pero teniendo en cuenta la proporción existente en la población muestral entre ambos sexos parece que existe mayor tendencia a su uso por parte de las mujeres, aunque esto no está demostrado en nuestro estudio.

Por situación laboral es más frecuente entre los jubilados, seguidos de los que tienen trabajo fijo. Lo que sí se puede afirmar es que no es método difundido en nuestro medio, ya que sólo existen 16 casos de los 858 que componen la muestra, y se usa de manera variable independientemente de las variables exploradas en nuestro estudio.

#### 3.2.2.1.3. CAUSTICOS

	%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST.	PROBA
SIT AC	6.02	35.71	9.67	83	2.43	0.007
MES MARZO	5.95	35.71	9.79	84	2.41	0.008

(Tabla III- 3.2.9.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Caústicos)

#### SITUACION LABORAL: AMA DE CASA

La mayoría de los sujetos que eligen esta modalidad son amas de casa, entre las mujeres todas lo son excepto una (dieciseis años) que es estudiante. La situación laboral de los hombres se comporta: dos con trabajo fijo, uno jardinero y el otro trabajaba en una empresa de limpieza, el tercero era jubilado y los dos últimos mendigos.

De los casos estudiados 9 eran mujeres y 5 hombres. Su procedencia salvo dos casos era rural. Entre las mujeres (que mayoritariamente ingirieron aguafuerte). Las edades superaban los 40 años. El grupo se clasifica en función del tratamiento a que estaban sometidos de la siguiente manera: No consta: 5, Ambulatorio Psiquiatrico: 4; Ambulatorio orgánico: 1; No tenían tratamiento: 3.

En relación a la edad, salvo dos mujeres: una de 16 y otra de 29 años todos superan los 50 años, siendo la media de edad de los hombres cinco años mayor que la de las mujeres.

En su distribución por años se observa:

	Casos
1989	5
1990	7
1991	2

(Tabla III- 3.2.9 BIS. Distribución del suicidio por caústicos según el año)

Lo cual hace suponer una tendencia a la disminución de este método en la casuística, aunque no comprobable en nuestro estudio.

**MES: MARZO**

Los casos son pocos, su distribución a lo largo de los tres años es siempre la misma: Primavera-Otoño, Todos se encuentran entre Febrero y Marzo y en menor medida entre Septiembre y Octubre. No tiene relevancia a nivel de la población general de suicidas.

**3.2.2.1.4. MONOXIDO DE CARBONO Y BUTANO**

%CATEG %METO %GLOBAL PESO V:TEST PROBA

SIT TRABAJO FIJO 4.10 66.67 22.73 195 3.01 0.001

(Tabla III- 3.2.10.: Modalidades que caracterizan a la categoría: CO<sup>2</sup> y Butano)

**SITUACION LABORAL: TRABAJO FIJO**

Doce sujetos emplearon este método, por lo tanto no esta demasiado extendido. Exige para su utilización de tiempo y condiciones ambientales poco accesibles a un sujeto normal. Este suicida lo ha organizado de antemano y dispone de algún tiempo para arrepentirse, también es más fácil el que el intento se fruste por la actuación de terceros. Veamos como se distribuyen

estos sujetos:

Sexo: Nueve de ellos son hombres y tres mujeres.

Convivencia: Todos excepto una viven solos. Método: Siete utilizan el garage y cinco lo hacen en casa con el gas, (todas las mujeres utilizan este segundo sistema). Edad: Dos son mayores de 60 años, el resto va desde los 28 a los 45. Tienen trabajo fijo. Son solteros o divorciados. No están en tratamiento y su soporte social es muy escaso.

### 3.2.2.1.5. MEDICAMENTOS

		%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
EDAD	43-54	17.80	33.33	13.75	118	4.03	0.000
TTO	APSI	12.04	57.14	34.85	299	3.63	0.000
METE	MED	22.64	19.05	6.18	53	3.52	0.000
CONV	SOLO	15.09	25.40	12.35	106	2.82	0.002
TIEM	1-4S	28.57	9.52	2.45	21	2.77	0.003
TIEM	>4S	22.22	12.70	4.20	36	2.73	0.003
FAN	90	10.78	52.38	35.66	306	2.69	0.004
HORA	NC	14.7	23.81	11.89	102	2.62	0.004
SIT	DESS	27.78	7.94	2.10	18	2.44	0.007

(Tabla III- 3.2.11.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Medicamentos)

### EDAD: 43-54 AÑOS

El 33,33% de los que utilizan este método se encuentran en el rango de edad entre los 43 y los 54 años. Es la clase que agrupa a mayor número de sujetos que utilizaron este método:

	1989		1990		1991	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Menor 43	6	1	14	4	2	2
43 - 54	2	3	3	4	5	3
Mayor 54	2	1	3	5	0	1

(Tabla III- 3.2.12.: Distribución de las edades en función del sexo y año)

	Total	% Hombres	% Mujeres
Menor de 43	29	75,86	24,13
43 - 54	20	50	50
Mayor de 54	12	41,66	58,33

(Tabla III- 3.2.13.: Distribución de las edades con respecto al método: Medicamentos)

### TRATAMIENTO: AMBULATORIO PSIQUIATRICO

El 57,14% de los sujetos que utilizaron este método estaban

en tratamiento psiquiátrico.

Como la tabla de contingencia empleada vulneraba el principio de aplicación del estadístico se procedió a la reducción de categorías a fin de comprobar si podíamos aceptar o no la hipótesis alternativa, su realización fué manual por lo que la probabilidad se da en términos de "menor que".

Los tratamientos se dividieron en: No consta ó sin él, Ingresado (ya sea orgánico o psiquiátrico), Ambulatorio orgánico y Ambulatorio psiquiátrico. El método sólo en dos: medicamentos u Otros métodos:

	Ambulatorio Orgánico	Ambulatorio Psiquiátrico	Ingreso	No/NC	Total
Medicamen.	3	36	0	24	63
Otros	94	262	50	189	795
Total	97	298	50	413	858

(Tabla III- 3.2.14.: Tratamiento anterior al suicicio en función del método empleado)

	Ambulatorio Orgánico	Ambulatorio Psiquiátrico	Ingreso	NO/NC
Medicamentos	7,12	21,88	3,67	30,32
Otros	89,87	276,11	46,32	382,67

(  $\chi^2 = 17,6019$  (proba  $< 0,001$ ) )

(Tabla III- 3.2.15.: Relación de Frecuencias Teóricas obtenidas en el cruce entre método del suicidio y tratamineto a que estaba siendo sometido)

Claramente se ve que en el grupo en tratamiento ambulatorio psiquiátrico las preferencias se dirigen hacia los medicamentos.

De lo cual concluimos que podemos aceptar la hipótesis de que el enfermo en tratamiento ambulatorio psiquiátrico es el que más emplea la sobredosificación como método de autolisis en nuestra muestra siendo este planteamiento estadísticamente válido entre los suicidios consumados en Madrid.

Estos sujetos se distribuyen de la siguiente manera:

	Total	1989	1990	1991
Hombres	15	4	8	3
Mujeres	21	5	9	7

(Tabla III- 3.2.16.: Distribución por años y sexo de los sujetos en Tto. Psiquiátrico Ambulatorio y Método: Medicamentos)

De veinticuatro de ellos no figura diagnóstico en el historial, de los que lo poseen su distribución es la siguiente:

	Casos
Depresión	3
Depresión y dependencia alcohol	1
Psicosis maniaco depresiva	2
Esquizofrenia	2
Esquizofrenia y alcohol	2
Alcohol y drogas	1
Parkinson	1

(Tabla III- 3.2.17.: Diagnóstico médico en sujetos que emplearon los farmacos en su suicidio consumado y se encontraban en tratamiento psiquiátrico de tipo ambulatorio)

(Hemos respetado la nomenclatura empleada por la asistente social en el apartado: "Patología psiquiátrica")

Hubiera sido nuestro deseo poder conocer el tipo de fármacos utilizados por los sujetos estudiados, pero esto no ha sido posible ya que ante toda autopsia de este tipo se solicita una **investigación toxicológica**, dicha información es remitida al juzgado, siendo unida a las diligencias judiciales, sin que permanezca copia de ellas en el archivo del Instituto Anatómico, salvo contadas excepciones que no nos permiten la valoración de este aspecto.

#### **METODO DEL INTENTO ANTERIOR: MEDICAMENTOS**

El 19,05% de los que consiguen su propósito con fármacos lo han intentado antes por el mismo sistema sin tanto éxito.

El 22,64% de los que utilizaron la vez precedente medicinas lo consiguen en esta nueva ocasión.

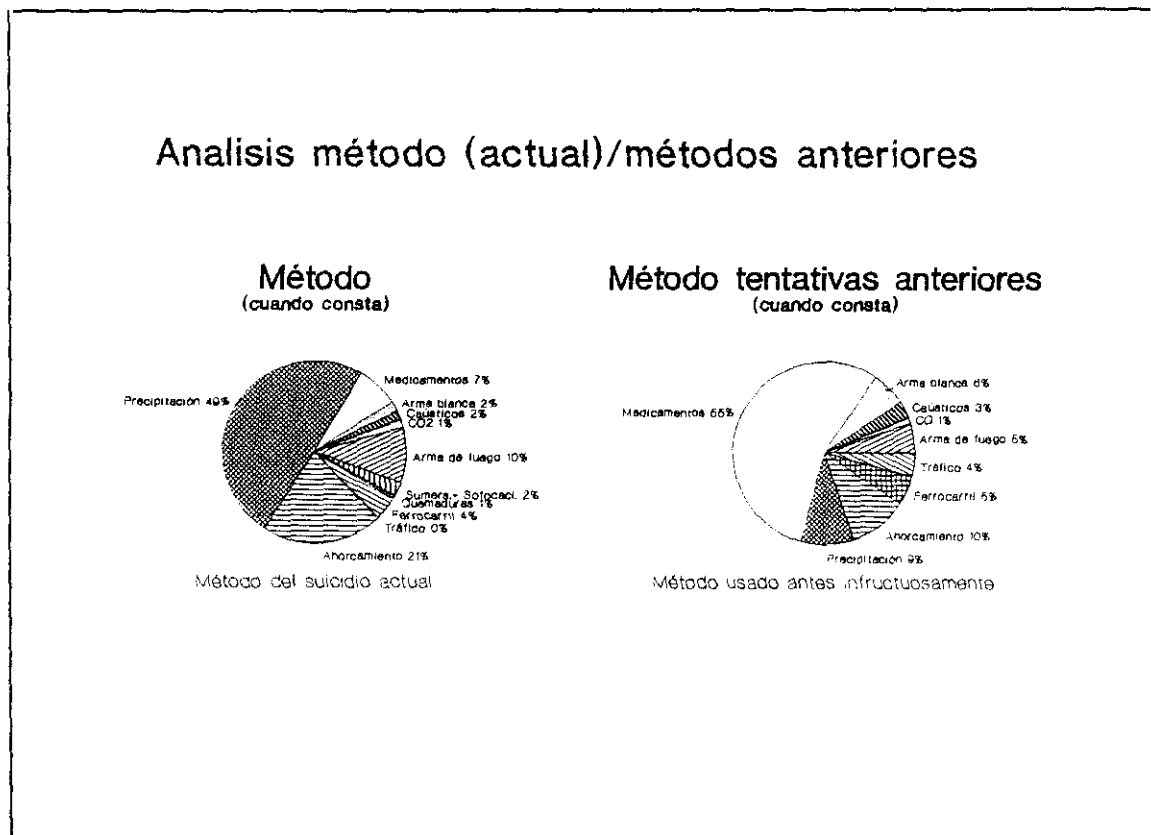
Analizaremos estos resultados valorando simultáneamente otras variables: Asistencia necesitada la vez anterior y tiempo transcurrido desde aquella ocasión. Hay que hacer la salvedad de que en estos sujetos y más si son solteros, viven solos etc. es muy pequeña la información suministrada por el familiar que acude a la entrevista.

3.2.2.2. RELACION ENTRE EL METODO DE LA TENTATIVA ANTERIOR Y EL METODO EN EL SUICIDIO CONSUMADO

3.2.2.2.1. METODO ANTERIOR: MEDICAMENTOS, EXPLORACION DEL METODO CON EL QUE SE CONSUMO EL SUICIDIO.

	Casos
Medicamentos	12
Arma de Fuego	2
Precipitación	25
Ahorcadura	6
Monóxido de Carbono	1
Sumersión	1
Ferrocarril	3
Autoincineración	1
Combinada	2
medicamentos y butano	1
medicamentos y alcohol	1

(Tabla III- 3.2.18.: Método anterior: Medicamentos, método actual:..)



Ilustr. Análisis comparativo entre el método empleado en el suicidio y el usado en el intento previo.

## PRECIPITACION: TOTAL 25

## INTENTOS DE SUICICIDIO PREVIOS

	Casos	%
De 1 a 3	23	92
Más de 3	2	8

(Tabla 3.2.18.1. (Número de intentos previos en relación al método anterior "medicamentos", método del suicidio precipitación)

## ASISTENCIA MEDICA

	Casos	%
No consta	7	28
U. C. I.	8	32
Leve	8	36
Ninguna	1	4

(Tabla III- 3.2.18.2: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por fármacos y su suicidio consumado por precipitación)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
No consta	7	28
Menos de 1 semana	2	8
De 1 a 4 semanas	3	12
De 1 a 3 meses	2	8
De 3 a 12 meses	8	32
Más de 12 meses	3	12

(Tabla III- 3.2.18.3. Tiempo transcurrido desde el intento previo- por fármacos- y el suicidio consumado por precipitación)

**TRATAMIENTO ANTERIOR**

	Casos	%
No consta	3	12
Ambulatorio Psiquiátrico	17	68
Ambulatorio Orgánico	1	4
Ingreso Psiquiátrico	1	4
Ninguno	2	8

(Tabla III- 3.2.18.4. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por precipitación si antes lo había intentado por fármacos)

**ARMA DE FUEGO: TOTAL 2**

**INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 2 a 4	2	100

(Tabla 3.2.18.5. (Número de intentos previos en relación al método anterior "medicamentos", método del suicidio arma de fuego)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
U. C. I.	1	50
Leve	1	50

(Tabla III- 3.2.18.6: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por fármacos y su suicidio consumado por arma de fuego)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
Más de 12 meses	2	100

(Tabla III- 3.2.18.7.: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "fármacos" y el consumado por "arma de fuego")

**TRATAMIENTO ANTERIOR**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	2	100

(Tabla III- 3.2.18.8. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por arma de fuego si antes lo había intentado por medicamentos)

**AHORCADURA:TOTAL 6****INTENTOS ANTERIORES**

	Casos	%
De 1 a 3	6	100

(Tabla 3.2.18.9. (Número de intentos previos en relación al método anterior "MEDICAMENTOS", método del suicidio: AHORCADURA)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
U. C. I	1	16,66
Leve	5	83,33

(Tabla III- 3.2.18.10: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por medicamentos y su suicidio consumado por ahorcadura)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
No consta	1	16,66
De 1 a 4 semanas	2	33,33
De 1 a 3 meses	1	16,66
De 2 a 12 meses	1	16,66
Más de 12 meses	1	16,66

(Tabla III- 3.2.18.11.: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "medicamentos" y el consumado por "ahorcadura")

**TRAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	4	66,66
No consta	1	16,66
Ninguno	1	16,66

(Tabla III- 3.2.18.12. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por ahorcadura si antes lo había intentado por fármacos)

**AUTOINCINERACION: TOTAL: 1****INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 1 a 3	1	100

(Tabla 3.2.18.13. (Número de intentos previos en relación al método anterior "medicamentos", método del suicidio: autoincineración )

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
No consta	1	100

(Tabla III- 3.2.18.14: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por fármacos y su suicidio consumado por autoincineración)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
Menos de una semana	1	100

(Tabla III- 3.2.18.15.: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "fármacos" y el consumado por "autoincineración")

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	1	100

(Tabla III- 3.2.18.16. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por autoincineración si antes lo había intentado por medicamentos)

**SUMERSION: TOTAL 1****INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 1 a 3	1	100

(Tabla 3.2.18.17. (Número de intentos previos en relación al método anterior "medicamentos", método del suicidio sumersión)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
U. C. I.	1	100

(Tabla III- 3.2.18.18: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por fármacos y su suicidio consumado por sumersión)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
No consta	1	100

(Tabla III- 3.2.18.19: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "fármacos" y el consumado por "sumersión")

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	1	100

(Tabla III- 3.2.18.20. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por sumersión si antes lo había intentado por medicamentos)

**MONOXIDO DE CARBONO: TOTAL 1****INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
Más de 4	1	100

(Tabla 3.2.18.21. (Número de intentos previos en relación al

método anterior "medicamentos", método del suicidio: Monóxido de Carbono)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
No consta	1	100

(Tabla III- 3.2.18.22: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por fármacos y su suicidio consumado por Monóxido de Carbono)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
No consta	1	100

(Tabla III- 3.2.18.23.: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "fármacos" y el consumado por "Monóxido de Carbono")

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
No consta	1	100

(Tabla III- 3.2.18.24. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por monóxido de carbono si antes lo había intentado por fármacos)

**FERROCARRIL: TOTAL 3**

**INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 1 a 3	2	66
Mas de 3	1	33

(Tabla 3.2.18.25. (Número de intentos previos en relación al método anterior "medicamentos", método del suicidio: ferrocarril)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
No consta	1	33
De 1 a 4 semanas	1	33
De 3 a 12 meses	1	33

(Tabla III- 3.2.18.26.: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "medicamentos" y el consumado por "ferrocarril")

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
No consta	1	33
Ambulatorio Psiquiátrico	1	33
Ingreso Psiquiátrico	1	33

(Tabla III- 3.2.18.27. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por ferrocarril si antes lo había intentado por medicamentos)

**COMBINADA: TOTAL 2**

**INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 1 a 3 veces	2	100

(Tabla III- 3.2.18.28. (Número de intentos previos en relación al método anterior "medicamentos", método del suicidio: Combinado)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
Leve	2	100

(Tabla III- 3.2.18.29: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por fármacos y su suicidio consumado por combinación de varios)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
De 1 a 3 meses	1	50
Más de 3 meses	1	50

(Tabla III- 3.2.18.30.: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "fármacos" y el consumado por "combinado")

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	1	50
Ninguno	1	50

(Tabla III- 3.2.18.31. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por combinación de varios métodos si antes lo había intentado por medicinas)

**MEDICAMENTOS: TOTAL 12**

**INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 1 a 3	5	41,66
Más de 3	7	58,33

(Tabla 3.2.18.32. (Número de intentos previos en relación al método anterior "medicamentos", método del suicidio: medicamentos)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
No consta	6	58,00
U. C. I.	1	8,33
Leve	4	33,30
No	1	8,33

(Tabla III- 3.2.18.33: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por fármacos y su suicidio consumado por fármacos, también)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
No consta	6	50,00
De 1 a 4 semanas	5	41,66
Más de 12 meses	1	8,33

(Tabla III- 3.2.18.34.: Tiempo transcurrido desde el intento previo y el consumado ambos por fármacos)

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	8	66,86
No Consta	3	25,00
Ninguno	1	8,33

(Tabla III- 3.2.18.35. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por medicamentos y antes lo había intentado por fármacos)

**3.2.2.2.2.RELACION ENTRE METODO ACTUAL: MEDICAMENTOS/METODO ANTERIOR**

**METODO ANTERIOR: MEDICAMENTOS TOTAL 12**

El método utilizado con anterioridad es con gran diferencia el de los FARMACOS. La mayoría están en tratamiento psiquiátrico la asistencia sanitaria fué leve o no consta, el tiempo transcurrido entre el intento anterior y este se encuentra a favor del primer mes, aunque la información es escasa. y el número de tentativas es mayor de cuatro en la mayoría.

**METODO ANTERIOR: ARMA DE FUEGO TOTAL: 1**

**INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 1 a 3	1	100

(Tabla 3.2.18.36. (Número de intentos previos en relación al método anterior "arma de fuego", método del suicidio: medicamentos)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
Leve	1	100

(Tabla III- 3.2.18.37: Tipo de asistencia requerida en los sujetos cuyo intento previo fué por arma de fuego y su suicidio consumado por medicamentos)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
De 1 a 4 semanas	1	100

(Tabla III- 3.2.18.38.: Tiempo transcurrido desde el intento previo por "arma de fuego" y el consumado por "medicamentos")

**TRATAMIENTO ANTERIOR**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	1	100

(Tabla III- 3.2.18.39. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por medicamentos si antes lo había intentado por arma de fuego)

**METODO ANTERIOR: NO CONSTA TOTAL 3**

**INTENTOS PREVIOS**

	Casos	%
De 1 a 3	2	66,66
Más de 3	1	33,33

(Tabla 3.2.18.40. (Número de intentos previos en relación al método anterior "No consta", método del suicidio medicamentos)

**ASISTENCIA MEDICA**

	Casos	%
No consta	3	100

(Tabla III- 3.2.18.41: Tipo de asistencia requerida en los sujetos en cuyo intento previo no consta el método y su suicidio consumado fue por medicamentos)

**TIEMPO TRANSCURRIDO**

	Casos	%
No consta	3	100

(Tabla III- 3.2.18.42.: Tiempo transcurrido desde el intento previo en los que no consta el método de este, y el consumado fue por "medicamentos")

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos	%
Ambulatorio Psiquiátrico	2	66,66
Ninguno	1	33,33

(Tabla III- 3.2.18.43. Tratamiento a que estaba siendo sometido el sujeto cuando se suicidó por medicamentos si no consta como lo había intentado antes)

A la vista de estos resultados se comprueba que el sujeto que comete su suicidio por este procedimiento, si lo intentó antes es fácil que lo hiciera por el mismo sistema, pero no al contrario.

**CONVIVENCIA: SOLO**

El 25,40% de los que viven solos utilizan el método sobredosis medicamentosa; así como el 15,09% de los que lo utilizan viven solos. Para dar la correcta interpretación a este resultado hay que tener en cuenta:

1º La necesaria existencia de un espacio de soledad para poder consumir el suicidio por este método.

2º La preferencia relativa de las mujeres por este método.

Su resultado estadístico suponemos que está relacionado en gran parte con el bajo número de individuos que forman el grupo: "suicidio consumado por medicamentos". Observando la tabla comprobamos la tendencia de los hombres a utilizarlo en menor medida que las mujeres en relación a los valores esperados:

		Medicamentos	Otros
Varones	Frec.teórica	42,44	535,56
	Frec. real	36,00	542,00
Mujeres	Frec.teórica	20,56	259,44
	Frec. real	27,00	253,00

(Tabla III- 3.2.19: Clasificación de sexo por convivencia: Sólo y método: Medicamentos)

Mientras que la relación Hombres/mujeres se mantiene en el sector de "convivencia: solo" siguiendo el patrón de distribución por sexos de la muestra (en torno al 2,10), al clasificar por el método condicionándolo a suicidio con medicamentos la razón pasa a ser del 1,02.

#### TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO: DE UNA A CUATRO SEMANAS

El 28,57% de los suicidios con este método se encuentran en el primer mes tras el intento previo.

Observando las tablas de los apartados 3.2.2.2., se comprobaba:

1º: Existen dos períodos de alto riesgo en el sujeto que ha sobrevivido a una tentativa de suicidio: de la segunda a la cuarta semana y a partir del tercer mes.

2º la diferencia significativa y a tener en cuenta entre los sujetos que utilizan en su intento definitivo los medicamentos con el resto: para los primeros el periodo de más peligro es el que se extiende desde una semana a un mes tras el intento. En el segundo caso, aquellos que utilizan otros métodos, principalmente la precipitación y la ahorcadura su asistencia médica fué más importante y dejan pasar más de tres meses, incluso un año para consumarlo.

#### NUMERO DE TENTATIVAS ANTERIORES: MAS DE CUATRO

Para ilustrar el grado de significación alcanzado baste con una tabla comparativa de esta modalidad en dos métodos distintos: Precipitación y medicamentos:

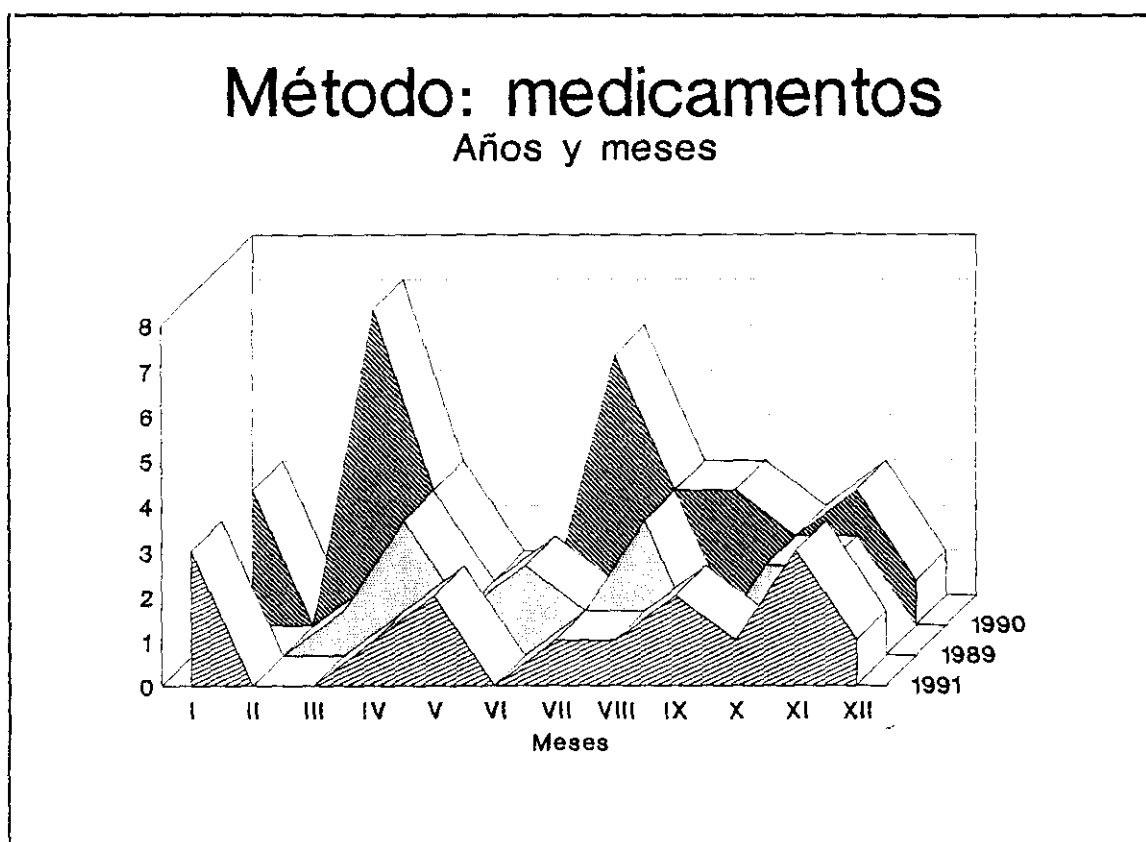
	> 3 Intentos	Total	%
Precipitación	16	417	3,83
Medicamentos	8	63	12,70

(Tabla III- 3.2.20.: Frecuencia reales y relativas de " Más de tres" intentos previos en relación al método)

Como puede observarse este grupo, al final, lo consigue con fármacos. La mayoría ha utilizado este método desde el principio o bien la familia no da ningún dato al respecto. Parece que este método es de baja letalidad y el interés por morir mas reducido que en los otros grupos.

**AÑO: 1990**

En 1990 se suicidaron por este método más del doble que en los otros dos años. No podemos atribuirlo a la aparición en el mercado de nuevos psicofármacos más seguros o nuevas condiciones en la prescripción, dado que las cifras son semejantes entre los años 1989 y 1991.



**Ilustr.** Distribución de los suicidios consumados mediante sobredosis de fármacos, según el año en que se produjeron.

Analizada la distribución de estos sujetos, en función del año se observa:

## AÑO/SEXO

	1989	1990	1991
Varones	10	20	10
Mujeres	5	13	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>5</b>

(Tabla III- 3.2.21.: Distribución de método: Medicamentos por años)

## AÑO/MES

	1989	1990	1991
Enero	0	3	3
Febrero	0	0	0
Marzo	1	7	0
Abril	3	3	1
Mayo	1	1	2
Junio	2	1	0
Julio	1	6	1
Agosto	3	3	1
Septiembre	0	3	2
Octubre	2	2	1
Noviembre	2	3	3
Diciembre	0	1	1

(Tabla III- 3.2.22.: Distribución por meses y años de los suicidios con medicamentos)

Se observan dos elevaciones en el año 1990: una en marzo (siete individuos) y otra en julio (seis) que no se corresponden con los dos años restantes.

Atendiendo a su distribución por sexos se observa que en Marzo seis eran varones y en julio todas mujeres.

La población masculina se encontraba representada en el intervalo desde los 19 a los 51 años y la femenina aunque en el mismo rango se desplaza hacia la postmenopausia.

Por el estado civil y sexo el grupo presentaba la siguiente tipología:

	Solteros	Casados	Divorciados	Viudos	NC
Varones	23	10	3	0	2
Mujeres	9	11	4	2	0

(Tabla III- 3.2.23.: Distribución por estado civil de los sujetos que utilizaron medicamentos)

La frecuencia de solteros entre los varones de esta categoría es del 60,52%, frente al 43,5% que representa este grupo en la población suicida masculina.

El siguiente paso no era otro que comprobar a qué categoría pertenecían los del año 1990. En ese año hubo 15 suicidios entre esta población, frente a los tres del año 1989 y a los 5 de 1991. (Tres de ellos VHI(+), figurando entre la información que da la familia (frente a uno en 1991 y ninguno en el 89).

Cuatro hombres y una mujer con adicción a drogas (frente a ninguno en el que conste tal problemática en el archivo). No es descabellado suponer que el hecho tiene que ver con informaciones o acontecimientos relativos al Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.

El pico de los meses de Julio y Agosto está producido por otra categoría de sujetos: son en su mayoría: mujeres, en tratamiento psiquiátrico, una con adicción a drogas y sin actividad laboral conocida, pero el resto se corresponden con el tipo de suicida que habitualmente utiliza este método y tienen similitud con los otros dos años, (aunque su frecuencia es mayor): Maniaco-Depresivos, Esquizofrenicos, o síndromes depresivos menores, estos en su mayoría tratados por su médico de cabecera.

#### **HORA: NO CONSTA**

La significación de esta variable indica la escrupulosidad en la recogida de datos: Es difícil precisar a que hora se produjo el hecho si el individuo vivía solo y no fúe encontrado hasta varias horas después. Como el grado de precisión en la hora de la muerte en el diagnóstico forense por medios exclusivamente médicos es escaso dando un amplio margen no se ha resañado este dato en los individuos a menos que el forense competente del caso así lo hiciera por otras circunstancias: descubrimiento del hecho en breve tiempo, muerte no inmediata del sujeto etc.

#### **SITUACION LABORAL: DESEMPLEO SIN SUBSIDIO**

El 27,78% de los que estan en desempleo sin subsidio utilizan este método. Hay que considerar que sujetos sin subsidio y desempleados son más frecuentemente los próximos a la

marginalidad, las mujeres y los enfermos mentales. Desde este punto de vista se entiende la correlación: Vivir sólo y estar desempleado.

#### DESCRIPCION DE LOS SUJETOS AFECTADOS

A modo de ejemplo en nuestra muestra los cinco sujetos que respondían a las categorías desempleado sin subsidio y método elegido: fármacos, se distribuían del siguiente modo:

- Varones: 5
- Solteros: 3 entre los 18 y 26 años
- Divorciados: 2 De 46 y 53 años, respectivamente

Dos tenían tratamiento psiquiátrico: Uno de ellos por psicosis maniaco depresiva, en el otro no consta.

Existe un caso de adicción a drogas.

#### COMPARACION DE RESULTADOS EN "MEDICAMENTOS" CON OTRAS CLASES

##### PRECIPITACION

Comparando los porcentajes entre este método y la precipitación (hemos elegido esta tan solo por el alto número de sus integrantes). Obsérvemos la disparidad entre sus resultados.

(Hemos de tener en cuenta que el total recogido corresponde a los sujetos que utilizando el método definido pertenecía todas las categorías de la variable: "Situación laboral" excepto la primera, es decir, No consta; a fin de ser más veraces en el resultado).

	Total	Desempleados	%
Precipitación	364	10	2,74
Medicamentos	51	5	7,93

(Tabla III- 3.2.24.: Relación Desempleo/Método elegido)

#### 3.2.2.1.5.AUTOINCINERACION

	%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
INTENTOS 1-3	3.60	80.00	12.94	111	3.04	0.001
AUTORIZ. NO	1.77	100.0	32.87	282	2.67	0.004

(Tabla III- 3.2.25.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Autoincineración)

En nuestra muestra, su incidencia es del 0,58%. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera:

**DESCRIPCION DE LOS SUJETOS****SEXO**

VARONES: TRES  
MUJERES: DOS

**EDAD**

VARONES: 17, 28 Y 57  
MUJERES: MAYORES DE 68

**INTENTOS PREVIOS**

DE UNO A TRES: TODOS

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

-AMBULATORIO PSIQUIATRICO: 4 (esquizofrénia paranóide en un caso, en el resto no figura)

-NINGUNO: 1 (Era presidiario y adicto a drogas)

**AÑO**

	Casos
1990	4
1991	1

**LUGAR**

-DOMICILIO PROPIO: 4. El quinto lo hizo, claro está, en la institución.

Siguiendo con la comparación de estos resultados y los de los investigadores canadienses hemos de resaltar que si bien se parecen las muestras con respecto a la PATOLOGÍA SUBYACENTE, el número de INTENTOS PREVIOS y la EDAD, es bien cierto que a ninguno de los nuestros se le ocurrió hacerlo en el coche (11 en su muestra), seguramente porque carecían de él.

Tampoco tiene nada que ver el porcentaje que este método ocupa en nuestra población comparada con la de Ontario. Volvemos, pues, a interpretar el método empleado en función de valores, costumbres y hábitos sociales, siendo el suicidio un espejo que refleja en profundidad la sociedad en la que se produce.

## 3.2.2.1.7. PRECIPITACION

	%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
SEXO MUJER	62.50	41.97	32.63	280	5.62	0.000
ESTA VIUDO	62.41	19.90	15.50	133	3.38	0.000
TTO INGO	81.48	5.28	3.15	27	3.37	0.000
PROB PATO	64.42	16.07	12.12	104	3.35	0.000
SANI 2	66.67	11.99	8.74	75	3.17	0.001
LUG DOMP	52.16	72.42	67.48	579	2.94	0.002
DIST SALA	70.45	7.43	5.13	44	2.85	0.002
EDAD 79-89	62.64	13.67	10.61	91	2.73	0.003
CONV HOSP	71.05	6.47	4.43	38	2.69	0.004
EDAD 66.78	58.13	22.30	18.65	160	2.59	0.005

(Tabla III- 3.2.26.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Precipitación)

## SEXO: MUJER

El 62,50% de las mujeres eligen este método: 175 en números absolutos, que corresponde a un porcentaje de casi el 42% de los sujetos comprendidos en la muestra. Siendo los varones 242, la relación varon/mujer se reduce a 1,38 . Sensiblemente inferior al 2,04 que presenta en la población objeto de estudio.

Siendo el cruce SEXO/METODO significativo, pero vulnerando el principio de aplicación por el número de frecuencias teóricas menores a cinco, debido a la prolija clasificación en distintas categorías, se procedió a su agrupación del modo siguiente:

	Arma Fuego	Precipit	Ahorcad	Medicam	Otro
<b>Varón</b>	80 56,59	242 280,92	141 119,91	36 42,44	79 78,14
<b>Mujer</b>	4 27,61	175 137,06	37 58,5	27 20,71	37 38,13

$\chi^2 = 60,31$ . Proba < 0.000 (las frec. reales en negrilla)

(Tabla III- 3.2.27.: Distribución de frecuencias reales y teóricas en relación a los métodos utilizados en función del sexo)

Claramente en la tabla es visible el distinto comportamiento por sexos de los elementos muestrales, los casi cuarenta puntos que separan la frecuencia real de la teórica en la casilla correspondiente a precipitación conceden a la  $\chi^2$  parcial un valor de 10.5. Hecho que está en consonancia y justifica la aparición de esta categoría entre las significativas dadas por el programa estadístico aplicado (SPAD).

**ESTADO CIVIL: VIUDO**

El 62,42% de los viudos se precipitan, correspondiendo a esta clasificación el 19,90% de los precipitados.

En números absolutos son 83 sujetos los que reúnen ambas características.

Comparemos estos resultados con los de la totalidad de la muestra:

En la población de suicidios consumados de Madrid el 15,50% son viudos, casi cuatro puntos y medio por debajo que en esta categoría, la explicación del hecho es fácil, ya hemos visto que las mujeres prefieren este método por encima de los otros, la diferencia entre viudos varones y mujeres podría estar entre las causas de este aumento, por otra parte, en los siguientes apartados lo veremos, la edad superior a los 65 años es un factor explicativo del fenómeno, así como el domicilio propio.

Si juntáramos estas tres condiciones obtendríamos, a buen seguro, el retrato de una mujer, de cualquier forma y como existen mejores métodos para demostrarlo que la exposición de consideraciones, dejaremos para el siguiente capítulo el tratamiento en profundidad del tema.

**TRATAMIENTO RECIBIDO: INGRESO ORGANICO**

En nuestra muestra el 81,48% de los 27 sujetos ingresados en hospital por una causa orgánica utilizaron este método.

**DESCRIPCION DE LOS SUJETOS CON PATOLOGIA MEDICOQUIRURGICA EN SITUACION DE INGRESO**

Partiendo de la categoría: Estar ingresado por patología orgánica, se obtienen 27 individuos cuyas características psicosociales y orgánicas son las siguientes:

**SEXO**

	Casos	%
Varones	27	100

(Tabla III- 3.2.27.1.: Sexo en los sujetos con ingreso médico quirúrgico)

**EDAD**

	Casos
De 25 a 33 años	4
De 34 a 42 años	5
De 43 a 54 años	2
De 55 a 65 años	6
De 66 a 75 años	7
Más de 75 años	3

(Tabla III- 3.2.27.2.: Edad en los sujetos ingresados con patología médico quirúrgica )

**ESTADO CIVIL**

	Casos
Solteros	8
Casados	15
Viudos	3
Divorciados	1

(Tabla III- 3.2.27.3.: en los sujetos ingresados con patología médico quirúrgica )

**METODO EMPLEADO**

	Casos
Precipitación	22
Ahorcadura	2
Arma blanca	2
Otro	1

(Tabla III- 3.2.27.4.: Método empleado en los sujetos ingresados con patología médico quirúrgica )

**DIAGNOSTICO**

	Casos
<b>MEDICO:</b>	
No consta	5
Carcinoma	8
S.I.D.A.	5
Cirrosis	1
E.P.O.C.	3
Diabetes	1
Insuf. renal (dialisis)	1
<b>QUIRURGICO</b>	
Apendicitis	1
Fractura de Cadera	1
Politraumatismo	1

(Tabla III- 3.2.27.5.: Diagnóstico en los sujetos ingresados con patología médico quirúrgica )

**INTENTOS PREVIOS**

	Casos
Es el primero	26
De 1 a 3	1

(Tabla III- 3.2.27.6.: Descripción de los sujetos ingresados por patología orgánica)

Asociado a la patología orgánica se encontraba la adición al alcohol en dos casos. La Depresión Endógena figuraba entre los diagnósticos en el caso de la diabetes y en el politraumatizado (que lo era como resultado de una precipitación previa), así como uno de los sujetos con Broncopatía Obstructiva recibía tratamiento por el mismo motivo.

La precipitación es el método electivamente utilizado, lo cual es lógico debido a la imposibilidad casi absoluta de utilizar otro método.

El sujeto clasificado en método: otro, se encontraba en

diálisis, se suicido arrancandose los tubos que le conectaban al aparato, su diagnóstico era Carcinoma diseminado y su edad 33 años.

#### PROBLEMATICA ACOMPAÑANTE: PATOLOGIA ORGANICA

De los 104 en lo cuales el entrevistado reconocía la patología orgánica como un hecho importante en la explicación de la autólisis, el 64,42% (67 individuos).

#### VARIABLES EXPLICATIVAS DEL FENOMENO

##### EDAD

En el análisis de la varianza, la edad no presentaba igualdad de medias.

MEDIA: 64,660 AÑOS  
DESV.TIPICA: 16,823  
MAXIMO: 93  
MINIMO: 23

Valores de los Test aplicados a todas las categorías de la Variable "PROBLEMATICA":

-Brown-Forsythe:	12,15	proba: 0.0000
-Welch:	15,45	proba: 0,0000
-Levenne:	6,74	proba; 0,0000

La edad media de los sujetos con patología orgánica es sensiblemente más elevada que la del resto de categorías de esta variable.

La elección del método "precipitación" a estas edades es comprensible uniendo en sí dos factores (edad y limitación física) que impiden al sujeto la utilización de otros que requieren más esfuerzo a la hora de ejecutarlos. Además la mayoría de ellos conviven con otras personas lo cual limita el uso de métodos que exijan un espacio de tiempo en soledad.

##### SEXO

La distribución por sexos de esta categoría (patología orgánica) en la totalidad de los 858 investigados es bastante semejante. Entre cada uno de los sexos se distribuye de la forma siguiente:

	% Sexo	% Pato. Organica	% Total
Varones	12,2	69,1	8,2
Mujeres	11,1	30,9	3,7

(Tabla III- 3.2.28.: Distribución de los sujetos con problemática: Patología orgánica, en función del sexo)

Es decir, el comportamiento es similar a la totalidad de la muestra.

#### ESTADO CIVIL

	%
No consta	8,3
Casados	17,8
Solteros	5,4
Viudos	16,4
Divorciados	4,9

(Tabla III- 3.2.29. Distribución por estado civil de los sujetos con patología orgánica)

Existe un aumento considerable de los viudos.

#### EDAD: DE 66 A 98 AÑOS

Sumando los porcentajes de las categorías: 66-78 y 78-98 se obtiene un porcentaje total del 35,97% sobre el total de precipitados.

Atendiendo a la edad: el 62,64% de los más mayores y el 58,13% de los 66-78 utilizan este método.

Podemos afirmar que la precipitación es un método de la tercera edad en Madrid, ya que en otros países la elección de esta técnica esta mucho más limitada.

Este método es selectivamente urbano, por el fácil acceso a él en ciudades como la nuestra que permiten la construcción vertical.

#### CONVIVENCIA: HOSPITAL

Está claro que tras lo visto en el apartado 3.2.7.3. el método selectivamente utilizado por los sujetos en un hospital, por el mero hecho de estar allí (independientemente de la patología), será la precipitación.

**DISTRITO MUNICIPAL**

El 70,45% de los que vivían en un distrito concreto de Madrid utilizaron la precipitación. Relacionando dicho valor con datos sociodemográficos, obtenemos:

	Población	%
Mayores de 65 años	33.522	21,75
Mayores de 75 años	7.923	10,49

(Tabla III- 3.2.30.: Distribución de la población mayor de 65 años en el distrito afectado por un mayor índice de precipitación)

(datos del padrón municipal de 1991)

Las cifras de personas mayores de 65 años son algo menores que en otros distritos de Madrid.

Su población en cifras absolutas es menor que en distritos tales como Latina (156.082 frente a 272.240), siendo su tasa de suicidio la más alta, especialmente con el método precipitación.

**3.2.2.1.8. SUMERSION**

		%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
LUG	VPL	12.28	73.68	13.29	114	5.91	0.000
SANI	6	14.29	21.05	3.26	28	2.80	0.000
DIA	V	6.36	36.84	12.82	110	2.49	0.000
DIST	MONC	14.29	15.79	2.45	21	2.34	0.000

(Tabla III- 3.2.31.: Modalidades que caracterizan a la categoría sumersión)

Diecinueve individuos de los 858 emplearon este método. En él se encuentran clasificados los diecisiete que se arrojaron al río Manzanares. Uno que se tiró al pozo de la finca donde trabajaba; otro sujeto murió en la bañera de su casa, diagnosticado, sin lugar a dudas, por el forense como suicidio. Y, por último, otro, de difícil catalogación, que consumó su autólisis en un depósito con productos tóxicos de los que se utilizan en las tintorerías.

Las modalidades o categorías que son significativas estadísticamente en nuestro estudio son:

**LUGAR: VIA PUBLICA LEJOS DEL DOMICILIO**

Como hemos dicho al presentar la variable los sujetos que acuden al río no son los que más cerca viven de él en términos absolutos, sino los que lo conocen: pasan por él al ir o al volver del trabajo, pasean por sus alrededores y de alguna manera sienten atracción por él.

El suicidio en el Manzanares, y en general en cualquier río, tiene un doble componente: de un lado la precipitación y de otro la sofocación.

#### AREA SANITARIA. DISTRITO MUNICIPAL

Su significación es escasa dado el bajo número de sujetos afectados, el 15% de los que utilizaron este método vivían en un distrito concreto. Explorando la muestra se observa que la inmensa mayoría de ellos vivían en barrios periféricos que les obligaban a pasar por él frecuentemente.

#### DISTRIBUCION DE LOS 16 SUJETOS POR DISTRITOS

	Casos
No autorizados	3
Moncloa	3
Carabanchel	1
Latina	1
Usera	1
Leganés	1
Parla	1
Vallecas Puente	1
Ciudad Lineal	1
Hortaleza	1
S.S.de los Reyes	1
Majadahonda	1

(Tabla III- 3.2.32.: Distribución por distritos municipales de los suicidas por sumersión) (los otros tres no quedan reflejados por no utilizar el río Manzanares).

Los cuatro últimos tiene recogido diagnóstico psiquiátrico.

A fin de poder evaluar (sin rigor matemático) el hecho pasemos a la descripción de la submuestra:

#### DESCRIPCION DE LOS 19 SUJETOS. METODO: SUMERSION

##### EDAD

	Casos
Menos de 33	1
De 34 a 42	4
De 43 a 55	3
De 56 a 65	3
De 66 a 78	6
Más de 79	2

(Tabla III- 3.2.33.: Distribución según la edad de los sujetos que utilizaron como método la sumersión)

Ningún estrato de edad tiene un claro predominio sobre los

demás, tienden desde la edad media a la vejez: no hay ningún sujeto menor de 30 años.

#### PROCEDENCIA

	Casos
No consta	11
Rural	8
Urbana	0

(Tabla III-3.2.34.: Distribución según la procedencia de los sujetos cuyo método fué la sumersión)

Mientras que en la muestra global la razón entre procedencia rural/urbana es de 1,46 a favor de la rural aquí es mucho más alta (el 100% procede de un pueblo), a la vez que para otros métodos (por ejemplo medicamentos) la razón se invierte, a favor de la procedencia urbana. Los individuos proceden de un pueblo y mantienen ciertas costumbres rurales(!)

De momento, dado el tamaño de la muestra no nos es posible la comprobación de esta hipótesis.

#### SEXO

	Casos
Varón	13
Mujer	6

(Tabla III-3.2.35.: Distribución por sexo de los sujetos cuyo método fué la sumersión)

La proporción se mantiene semejante a la muestral: No hay una selección especial por este método según el sexo.

#### ESTADO CIVIL

	Casos
No consta	1
Soltero	4
Casado	11
Viudo	2
Divorciado	1

(Tabla III-3.2.36.: Distribución por estado civil de los sujetos cuyo método fué la sumersión)

Los sujetos estan en su mayoría casados, lo cual les diferencia de los que utilizan medicamentos, se explica en base

a que el suicidio es un hecho eminentemente solitario, si el sujeto no puede conseguirlo en su casa: sale de ella a consumarlo.

#### TRATAMIENTO ANTERIOR

	Casos
No consta	3
Ambulatoria Psiquiátrico	7
Orgánico	1
Ninguno	8

(Tabla III- 3.2.37.: Tratamiento anterior entre los sujetos que consumaron su autolisis mediante sumersión)

La frecuencia de tratamiento psiquiátrico se asemeja a la de la población muestral, es levemente superior: dos puntos. No podemos pues, (a pesar de las limitaciones que origina el número de casos para esta categoría) afirmar con Cantor que en este tipo de método se recoja el más alto índice de psicopatías, si bien es cierto que no partimos de la misma población objeto de estudio.

#### SITUACION LABORAL

	Casos
No consta	4
Trabajo fijo	4
Ama de casa	1
Jubilado	8
Baja laboral	2

(Tabla III- 3.2.38.: Situación laboral de los sujetos que se suicidaron mediante sumersión)

#### INTENTOS PREVIOS

	Casos
No consta	7
Es la primera	8
De 1 a 3	4

(Tabla III- 3.2.39.: Tentativas anteriores, distribución en el grupo de método: Sumersión)

TIPO DE INTENTO

METODO ANTERIOR

	Casos
Medicamentos	1
CO <sup>2</sup>	1
No consta	1

(Tabla III- 3.2.40.: Método anterior para la sumersión)

TIEMPO TRANSCURIDO

	Casos
De 1 a 4 semanas	1
Más de 1 año	1
No consta	2

(Tabla III- 3.2.41.: Tiempo transcurrido desde intento anterior para la sumersión)

ATENCION MEDICA NECESITADA

	Casos
U. C. I.	1
Leve	2
No consta	1

(Tabla III- 3.2.42.: Atención médica recibida en la tentativa anterior, en el método de autólisis: Sumersión)

DIAGNOSTICO

	Casos
Esquizofrenia	2
Depresión endógena	3
No consta	14

(Tabla III- 3.2.43.: Diagnóstico médico en la sumersión)

PROBLEMATICA SOCIAL

	Casos
No consta	11
Económica	2
Pérdida hermano (suicidio)	1
Patología orgánica	2
No	2
Familiares	1

(Tabla III- 3.2.44.: Problemática social en la sumersión)

CONVIVENCIA

	Casos
Sólo	1
Familia extensa	10
Familia nuclear	2
Otros familiares	2
No consta	3

(Tabla III- 3.2.45.: Tipo de convivencia en la sumersión)

3.2.2.1.9. AHORCADURA

		%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
PROB	JUDI	76.92	5.62	1.52	13	4.12	0.000
SEXO	VARON	24.39	79.21	67.37	578	3.80	0.000
EDAD	55-65	30.83	23.03	15.50	133	2.90	0.002
METE	AHORC	60.00	3.37	1.17	10	2.44	0.007

(Tabla III- 3.2.46.: Modalidades que caracterizan a la categoría: Ahorcadura)

Este método es fundamentalmente usado por los hombres, en la prejubilación. En las submuestra "problemática: judicial" es el preferido. Así como entre los sujetos que lo intentaron antes por este mismo sistema.

Comparando el porcentaje de tratamientos ambulatorios psiquiátricos en este grupo, en medicamentos y en precipitación los resultados fueron los siguientes:

	% Tto. Psiquiátrico
Ahorcadura	28,75
Precipitación	38,10
Medicamentos	55,17

(Tabla III-3.2.47.: Comparación de los porcentajes de sujetos en Tratamiento Ambulatorio Psiquiátrico según método empleado)

Existe una frecuencia de tentativas anteriores del 15% que

es igual a la de los precipitados (15,85%) pero sensiblemente menor que en los envenenados por medicamentos (24,13%).

La presencia de antecedentes familiares de suicidio es más elevada que para los precipitados (1,87% frente al 0,76%), no así para los que usan medicamentos en que es del 3,44%. Aunque para ningún grupo existe una relación estadísticamente significativa con respecto a esta variable.

#### SEXO: VARON

	Frecuencia real	Frecuencia teórica
Varón	141	119.91
Mujer	37	58.50

(Tabla III- 3.2.48.: Relación entre frecuencias teóricas y reales con respecto al sexo de los individuos que se ahorcan)

#### PROBLEMATICA ACOMPAÑANTE: PROBLEMAS JUDICIALES

El 76,92% de los sujetos en que consta esta modalidad de problemática se suicidó utilizando este método. Veamos qué características tienen:

	Casos
Menores de 33 años	4
De 34 a 43 años	7
De 56 a 65 años	1
de 66 a 78 años	1

(Tabla III- 3.2.49.: Distribución de la edad entre los de problemática judicial)

Se observa que no existe ninguno de edad comprendida entre los 44 a 55 años, la mayoría son jóvenes teniendo el 84,61% edad menor de 44 años.

#### EDAD

	Casos
Varón	12
Mujer	1

(Tabla III- 3.2.50.: Problemática judicial: Distribución por Sexos)

Mayoritariamente son hombres. La mujer estaba casada, se encontraba en Yeserías, tenía 42 años y era tratada psiquiátricamente de forma ambulatoria. No tenía tentativas anteriores.

## CONVIVENCIA

	Casos
No consta	3
Solo	1
Hospital psiquiátrico	2
Hospital penitenciario	3
Cárcel	4

(Tabla III- 3.2.51.: Tipo de convivencia de los sujetos con problemática judicial)

## ESTADO CIVIL

	Casos
Casado	2
Viudo	2
Soltero	8
Divorciado	1

(Tabla III- 3.2.52.. Problemática judicial: Distribución del estado civil)

## TRATAMIENTO RECIBIDO

	Casos
No consta	3
Ninguno	4
Ingreso psiquiátrico	3
Ingreso por otro motivo	2
Ambulatorio psiquiátrico	1

(Tabla III- 3.2.53.: Problemática judicial: tipos de tratamientos a que estaban sometidos)

Dos de los ingresos psiquiátricos lo son por orden judicial (parricidio). El tercero estaba en el psiquiátrico penitenciario.

## TENTATIVAS ANTERIORES

	Casos
No consta	3
Es la primera	6
De dos a cuatro	1
Más de cuatro	1

(Tabla III- 3.2.54.: Problemática Judicial: Tentativas anteriores)

Los dos casos en que existían tentativas anteriores eran internos penitenciarios, sus intentos previos son por arma blanca y eran menores de 33 años (19 y 24)

El tiempo transcurrido desde el anterior intento es de un

mes y tres meses respectivamente.

#### LUGAR DEL SUICIDIO

	Casos
Prisión	6
Hospital psiquiátrico	2
Hospital penitenciario	3
Calabozos de los juzgados	1
Comisaría	1

(Tabla III- 3.2.55.: Problemática judicial: Lugar del suicidio)

#### METODO EMPLEADO

En todos los casos menos uno, precipitado, el sujeto se ahorcó.

Parece que este grupo tiene unos rasgos muy definitorios, de hecho en el capítulo dedicado a la clasificación por análisis cluster veremos cómo se perfila como un grupo aparte con significación estadística.

Podríamos afirmar que en estos individuos el método es fruto de las circunstancias en que se hallan, teniendo pocas opciones donde elegir.

#### EDAD: 55-65 AÑOS

Si el sujeto elige poner fin a su vida por ahorcadura lo más probable es que sea VARON entre los 55 y los 65 años, si no tiene esa edad habrá que pensar en una problemática judicial.

#### CONVIVENCIA

Observando los histogramas de la distribución por edades en relación a las otras variables se observa que los sujetos de edad entre los 55 y los 65, en general, viven con sus familias, en menor medida solos o en hospital, estan casados o viudos.

#### SITUACION LABORAL

Suelen tener trabajo fijo o en menor medida baja laboral, desde luego pocos estan desempleados.

#### TRATAMIENTO

Existen tres grupos: los de tratamiento ambulatorio psiquiátrico (rango de edad inferior), los de patología orgánica (rango de edad superior) y los que no estan en tratamiento y no presentan patología reconocida.

## PROBLEMATICA

Los de edad más baja en este estrato poblacional presentan la pérdida de un deudo, los de edad superior patología orgánica.

## METODO ANTERIOR: AHORCADURA

Si el sujeto ya lo intentó antes lo habrá hecho por el mismo método (condicionado por la imposibilidad de acceder a otros distintos y por tradiciones)

## PROCEDENCIA: RURAL

El 64,51 de los sujetos que se ahorcaron procedían de un pueblo, el 18,54% de Madrid capital y el 12,90% de otra ciudad española.

El 4,03% eran extranjeros (procedentes de Cuba y orientales).

Si asociamos las ciudades hacen un total del 31,44% que es bastante inferior a la cifra de procedencia rural. Y supera a la relación existente en la totalidad de los sujetos estudiados.

Realizando una tabla de contingencia entre las variables: Método: (Ahorcadura y otros) y la procedencia (Madrid capital, Rural, Otras Ciudades y Extranjeros), se obtuvieron unos resultados significativos estadísticamente con una probabilidad menor al 0,000 para una  $\chi^2 = 20,02$ .

Para su cálculo se tomaron solo los individuos en los que figuraba su procedencia.

Este dato se recogió de forma no informatizada a partir de las diligencias de entierro donde figura explícitamente: Lugar de nacimiento.

Si la localidad era capital de provincia o tenía más de 50.000 habitantes se recoge como ciudad.

No hemos juntado esta categoría con Madrid capital por sus especiales características, siendo, en esta, la incidencia de sujetos procedentes de grandes ciudades españolas mínima.

	Ahorcadura Frecuencia		Otros Frecuencia	
	Real	Teórica	Real	Teórica
Madrid	23	42.02	159	139.9
Rural	80	61.42	186	204.5
Ciudad	16	13.39	42	44.6
Extranjero	5	7.15	26	23.8

(Tabla III- 3.2.56.: Ahorcadura: Tipo de procedencia del sujeto)

### 3.2.2.1.10. FERROCARRIL

		%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
LUG	VPL	15.79	51.43	13.29	114	5.41	0.000
LUG	VPP	23.08	17.14	3.03	26	3.37	0.000
METE	FERR	60.00	8.57	0.58	5	3.24	0.001
SANI	11-2	15.15	14.29	3.85	33	2.38	0.009

(Tabla III- 3.2.57.: Modalidades características para el método Ferrocarril)

Esta submuestra no es demasiado característica en ningún aspecto, salvo por su elevada incidencia entre los habitantes de un distrito concreto. Debido, creemos, a las especiales condiciones de esa zona cruzada por múltiples vías férreas.

En general pertenecen a zonas donde existe metro o el sujeto tiene que desplazarse en él por ser periférico.

Característicamente este es el grupo en donde más se percibe la problemática social acompañante, la marginalidad y el bajo nivel económico. El suicidio en el metro es el más sórdido. Identifiquemos a los sujetos:

### EDAD

	Casos
De 17 a 24 años	7
De 25 a 33 años	4
De 34 a 42 años	7
de 43 a 54 años	2
De 55 a 65 años	6
De 66 a 78 años	5
Más de 78 años	4

(Tabla III- 3.2.58.: Distribución de la edad por el método Ferrocarril)

El 25,75% son mayores de 65 años y el 31% menores de 33 años. Ambos valores más elevados que en los porcentajes de la muestra global. Distribuyéndose en los valores extremos de las clases.

**PROCEDENCIA**

Es el doble para la rural que para la urbana.

**SEXO**

	Casos
Varones	27
Mujeres	8

(Tabla III- 3.2.59.: Distribución por sexos para el método Ferrocarril)

La relación es claramente favorable a los hombres con un 77% de porcentaje. Quince puntos por encima que la de la muestra global.

**TENTATIVAS ANTERIORES**

	Casos
No consta	14
Primera	14
De dos a cuatro	7
Más de cuatro	2

(Tabla III- 3.2.60.: Tentativas anteriores en los casos de ferrocarril, como causa de la autolisis)

**METODO EMPLEADO EN INTENTO PREVIO**

	Casos
No consta	4
Medicamentos	3
Ferrocarril	1
Precipitación	1

(Tabla III- 3.2.61.: Método en tentativa anterior para la autolisis mediante ferrocarril)

**SITUACION LABORAL**

	Casos
No consta	3
Trabajo fijo	7
Estudiante	4
Baja laboral	1
Jubilado	11
Sin actividad definida	5

(Tabla III- 3.2.62.: Situación laboral para los que utilizaron el método Ferrocarril)

**PROBLEMATICA SOCIAL**

	Casos
Patología orgánica	4
Adicción a drogas	5
Pérdida de un deudo	1
Ingreso psiquiátrico	2
Ninguna	5
No consta	18

(Tabla III- 3.2.63.: Problemática acompañante en los que consumaron su autolisis por Ferrocarril)

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

	Casos
No consta	7
Ambulatorio psiquiátrico	13
Ambulatorio orgánico	4
Ingreso psiquiátrico	2
Ninguno	9

(Tabla III- 3.2.64.: Tratamiento recibido en los que consumaron el suicidio por Ferrocarril)

**DIAGNOSTICO**

	Casos
Carcinoma	2
Esquizofrenia	3
Psicosis maniaco depresiva	2
Alcoholismo	1
No consta	27

(Tabla III- 3.2.65.: Diagnóstico médico en los sujetos cuyo método fué Ferrocarril)

**CONCLUSIONES PARCIALES RELATIVAS AL METODO FERROCARRIL**

Esta categoría solo es significativa en relación al lugar del suicidio (vía pública lejana y cercana a su domicilio), correspondiendo el 51% a los sujetos que se suicidan lejos de su domicilio. Y también para el area sanitaria 11,2. Debido creemos a las características inherentes a la población que vive en esta zona donde se usa más el transporte público.

Analizando la procedencia de los sujetos aquí recogidos se observa que aquellos en que figura (hay 7 no autorizados) viven en zonas periféricas.

Si analizamos esta variable con la edad nos damos cuenta de que son jóvenes o muy mayores y los de edad media son más frecuentemente mujeres, drogadictos o enfermos psiquiátricos por lo que obviamente estos sujetos tendrán mas limitado su desplazamiento por otros medios de transporte.

En general parece ser la modalidad más utilizada por sujetos de estratos sociales más bajos, preferiblemente varones o por enfermos psíquicos graves.

### 3.2.2.1.11. TRAFICO

		%CATEG	%METO	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
LUG	VPL	2.63	100	13.29	114	2.83	0.002

(Tabla III- 3.2.66.: Modalidades características para el método: Tráfico)

Cuando el sujeto utiliza este método elige vías rápidas que siempre están lejos de su domicilio habitual.

El considerar a un atropello como un suicidio exige al forense gran precisión en su diagnóstico a causa de las implicaciones económicas del tema. Quizá este condicionante se encuentre en la raíz del escaso número de sujetos catalogados como tal: Sólo recogimos tres entre 858. De ellos el 100% eran peatones, en estos tres años no hay ningún suicidio catalogado como tal entre los accidentes de tráfico.

Dada la enorme dificultad de precisar que motivo impulsó al conductor de un vehículo a hacer una maniobra que le condujo a la muerte, salvo que halla un escrito explicativo, ante la incapacidad de demostrarlo se cataloga como accidental siempre.

Los tres sujetos de nuestra muestra tienen características diferentes y por tanto sin agrupamiento estadístico posible.

### EDAD Y SEXO

Los tres son varones de 19, 51 y 75 años.

### SITUACION LABORAL

Estudiante, Incapacidad Laboral definitiva (alcoholismo) y Jubilado.

### ESTADO CIVIL

Dos casados y uno soltero.

### TRATAMIENTO E INTENTOS PREVIOS

Ninguno de los tres estaba sometido a tratamiento.

El único que tenía una tentativa anterior era el más joven cuyo motivo era una discusión con la novia y que en boca de la madre tenía tendencia a "repentes así". Los otros dos carecían

de ellos.

### 3.2.2.2. CRUCE DE VARIABLES ATMOSFERICAS CON VARIABLE: METODO

A nivel general solo tienen relación significativa la PRESION MAXIMA Y LA PRESION MINIMA:

Presión máxima	2.06	0.0141
Presión mínima	1.93	0.0238

(Tabla III- 3.2.67.: Variables atmosféricas con significado global en su cruce con la variable: Método)

### 3.2.2.2.1. RELACION DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON CADA UNA DE LAS CATEGORIAS DE LA VARIABLE METODO

#### ARMA DE FUEGO/TEMPERATURA

	Media	Media general	Desvia. típica	V. test	Probab.
Temp.max.	7.736	9.796	8.246	-2.33	0.010
Term.sec.	3.181	5.098	7.215	-2.51	0.006
Temp.min.	8.506	10.301	6.557	-2.76	0.003

(Tabla III- 3.2.68.: Cruce de Temperatura con Método: Arma de fuego)

Temperaturas más bajas acompañan al método: Arma de fuego. Si tenemos en cuenta de un lado los meses del año en que más frecuentemente se producen estas muertes (Enero, Febrero) observaremos la clara relación de las bajas temperaturas con ellas.

Ante la pregunta de por qué en estos meses, una vez descartadas condiciones sociales como temporada de caza etc. Sólo cabe atender a la profesión de gran parte de estos individuos: Vigilantes Jurados, la mayoría de ellos trabajan de noche vigilando instalaciones al aire libre y usualmente solos.

El tiempo de permanencia aislado es mayor los días de invierno, porque anochece antes y hace frío (lo cual impide en cierta medida salir al exterior), lo cual podría ser un factor precipitante del acto en un sujeto predispuesto con un ánimo autolítico, aunque por sí mismo no es capaz de producir el suicidio.

**CAUSTICOS/NUBOSIDAD**

	Media	Media general	Desvia. Típica	V. test	Probab.
Nubosidad randomizada	3.643	2.358	2.287	2.35	0.009

(Tabla III- 3.2.69.: Cruce de nubosidad randomizada con Método: Caústicos)

La variable "Nubosidad randomizada" se obtuvo restando la nubosidad máxima de la mínima en un mismo día (tomadas a las 7,13 y 18 horas). NO es la media, sino la diferencia a lo largo del día con respecto a la nubosidad.

**CO/PRESION ATMOSFERICA MAXIMA**

	Media	Media general	Desvia. Típica	V. test	Probab.
Presión máxima	949.742	944.849	7.2224	2.82	0.002

(Tabla III- 3.2.70.: Relación entre la Presión máxima y la variable: Método, Monóxido de carbono y butano)

**AHORCADURA/PRESION DIFERENCIAL**

	Media	Media general	Desvia. Típica	V. test	Probab.
Presión diferencial	4.524	4.111	2.376	2.96	0.002

(Tabla III- 3.2.71.: Relación entre Presión diferencial y Método: Ahorcadura)

**TRAFICO/PRECIPITACIONES, NUBOSIDAD, TEMPERATURA Y PRESION**

	Media	Media general	Desvia. Típica	V. test	Probab.
Prec.tot.	93.667	11.589	33.069	4.0	0.000
Pres.dif.	7.300	4.111	5.741	2.65	0.004
Nubo.med.	7.000	3.348	0.726	2.40	0.008
temp.dif.	4.633	9.495	1.601	2.44	0.007
Tsec.ran.	3.167	7.711	1.377	2.54	0.005
Pres.max.	933.867	944.849	1.774	3.15	0.001
Pres.min.	926.567	940.717	4.517	3.67	0.000

(Tabla III- 3.2.72.: Relación entre Precipitaciones, nubosidad, temperatura diferencial y presión con Método: Tráfico)

El significado de estas variables habrá que buscarlo en el índice de suicidios consumados por este método en relación a los que no llegan a consumarse: en estas condiciones atmosféricas es más difícil "esquivar" a un peatón que en días soleados.

### 3.2.3. INTENTOS PREVIOS

Esta variable presenta significación estadística elevada en su cruce con:

	teóricas	Chi-2	Probab.	Val. test
Fan.	0	101.47	0.0000	8.99
Sexo	0	15.30	0.0016	2.95
Aviso	1	206.54	0.0000	99.99

(Tabla III- 3.2.73.: Valores de Chi-2 significativos en su cruce con las variables observadas)

Las variables recogidas en la tabla III- 3.2.73. presentan significación global con respecto a la variable: INTENTOS PREVIOS. A partir de aquí identificaremos categorías de las distintas variables que "per se" explican parcialmente el fenómeno.

#### 3.2.3.1. CARACTERIZACION DE LAS MODALIDADES PARA LA VARIABLE: NUMERO DE INTENTOS PREVIOS

##### 3.2.3.1.1. NO CONSTAN INTENTOS PREVIOS

En esta categoría tienen marcado significado aquellos sujetos cuya historia social no recogía apenas datos, sirve de exploración a la población muestral y por eso la reseñamos, aunque carece de verdadero significado de cara al estudio.

Engloba a:

El año 1989 porque en ese año aun no se había elaborado el protocolo de historia social, los datos recogidos son escasos, el archivo, en el Instituto Anatómico, del informe de autopsia completo no era una norma sino más bien fruto del voluntarismo del colectivo de forenses.

El grupo de casos cuya recogida de datos de filiación no fué autorizada.

El grupo de sujetos que por su desarraigo social no es conocido por la persona entrevistada, la cual no sabe si el sujeto intentó suicidarse o no previamente. En este grupo también figura como "no consta" el tratamiento a que estaba sometido, los antecedentes familiares y si existió aviso previo.

##### 3.2.3.1.2. ES EL PRIMERO

#### ANTECEDENTES EN EL ENTORNO DE SUICIDIO: NO

En el 70,29% de los sujetos que no tienen antecedentes lo consiguen a su primer intento (194 individuos).

En relación a los sujetos que lo intentan por vez primera

esta cifra corresponde al 47,09%.

#### TRATAMIENTO RECIBIDO: NINGUNO, ORGANICO

De los 230 individuos que no estan en tratamiento cuando se produce el hecho, para 154 es su primer intento (66,96%).

Aquellos que no lo han intentado más veces y no estan en tratamiento son el 37,38%. Es decir algo más de la tercera parte de los individuos que fallecen en esta primera ocasión no estan en tratamiento, de ningún tipo y escapan al control y seguimiento del sistema sanitario. Es decir el 17,94% de la población de suicidas consumados de Madrid no puede ser evaluada previamente por un profesional sanitario.

Este grupo y sus características, sistematizadas por el análisis cluster será estudiado en profundidad más adelante. Baste reseñar a tenor de los resultados expuestos a lo largo del trabajo que los individuos de esta categoría serán los que usen medios violentos (directa o indirectamente infringidos que causen el daño inmediatamente): precipitación, ahorcadura, disparo etc., generalmente varones de edad media con unas características sociales de incomunicación manifiesta. Característicamente se eleva el porcentaje de varones en todos los métodos con respecto a la proporción existente en los casos totales, los métodos "duros" sufren un incremento fundamentalmente el arma de fuego cuya tipología ya hemos abordado.

#### PRIMERA TENTATIVA SIN TRATAMIENTO

	Totales		Varones		% Muestra global
	casos	%	casos	%	
Arma fuego	26	17.10	25	96.0	9.79
Arma blanca	4	2.60	1	25.0	1.86
Caústicos	3	1.97	1	33.0	1.63
CO	4	2.63	4	100.0	1.40
Medicam.	10	6.57	7	77.7	7.34
Precipit.	59	38.80	38	64.0	48.60
Sumersión	6	3.94	4	66.6	2.21
Ahorcadura	34	22.36	31	91.1	20.75
Ferrocarril	4	2.63	3	75.0	4.08
Combinada	4	2.63	4	100.0	1.05

(Tabla III- 3.2.74.: Relación entre no existencia de intentos previos ni de tratamiento y método empleado, global y sexo masculino)

#### TRATAMIENTO AMBULATORIO MEDICO QUIRURGICO

Esta categoría junto a los que carecen de tratamiento cubren ellos solos el 55,83% de los individuos que han muerto en su primer intento.

**PROBLEMATICA ACOMPAÑANTE: PATOLOGIA ORGANICA, NINGUNA**

**PROBLEMATICA: PATOLOGIA ORGANICA**

El 72% de los sujetos sobre los que se reconoce una patología orgánica en el cortejo de circunstancias que rodean al suicidio lo consuman en su primer intento. Correspondiendo a esta categoría el 18,20 de este tipo de suicidas.

Este resultado corrobora los obtenidos en el apartado de precipitación. Correspondiendo al 12,12% de la muestra total el porcentaje de estos sujetos.

**PROBLEMATICA: NINGUNA**

Cuando alguien afirma, (refiriéndose a un suicida): "no tenía ningún problema", podemos entender varias cosas, pero en modo alguno que carecía de ellos.

Evidentemente esa pregunta es difícil de responder en una situación semejante, pero si alguien es tan categórico podemos encontrarnos ante una respuesta que quiere decir: "Es una acción desproporcionada a la magnitud de sus problemas" o bien "no me lo explico". En el fondo ambas quieren decir lo mismo: ante el suicidio de una persona próxima lo que todos desean es una explicación, una causa que justifique y que tenga que ver poco con uno mismo, sin implicar a los demás, sin originar ese sentimiento de culpabilidad tan desagradable.....

El suicidio de un adicto a las drogas, en un estado avanzado de dependencia, es el que más fácilmente se explica por el entorno, el familiar, generalmente, se reconcilia en ese acto póstumo con él. En el extremo contrario, el suicidio del joven sin antecedentes genera en su ambiente una gran desestabilización. No tenía ningún problema es más que una afirmación, una pregunta.

Observando las modalidades que aparecen relacionadas con esta en el sentido estrictamente matemático vemos que el TRABAJO FIJO se da en el 59,27% de los sujetos que entran en esta clase. Entonces, no tener ningún problema podría querer decir que se tiene trabajo (lo cual, desde luego, no es fácil).

También tiene relación con vivir en "FAMILIA EXTENSA" (62%), es decir el sujeto tiene, en teoría, un soporte social muy importante. Pero cuando atendemos a si existió algún aviso previo (83,94% en sentido negativo) nos damos cuenta de que por este camino no explicamos el hecho. (Ver capítulo IV).

**CONVIVENCIA: FAMILIA EXTENSA**

El 50,49% de los que fallecen en su primer intento conviven con una familia compuesta por más de dos miembros (207 individuos).

Cuando un sujeto es catalogado como "primera vez", existe una familia que convive con él y nos informa.

**FECHA AÑO: 1990 Y 1991**

Entre ambos años reúnen el 80,34% del total de los sujetos en esta categoría. Es lógico si se tiene en cuenta que en 1989 no estaba implantada aún la confección de una historia social a cada uno de los ingresos en el Instituto Anatómico Forense.

**MES: MAYO y JUNIO**

En buena lógica a este mes le correspondería tan solo el 8,3% del total de los sucesos. En el caso que nos ocupa vemos que esta cifra es del 12,86% y además se asocia con ser el primer intento. ¿Qué pasa en Mayo a los que están en su primera vez?. No se observa ninguna característica modificada en ese mes con respecto a los demás meses.

Quizá en estos sujetos hallan influido otros factores: prensa, cine (fenómeno de imitación), situaciones personales y la proximidad del verano (ingreso en residencias para los ancianos (comprobado en este caso en tres de ellos).

Además con el aumento de las temperaturas el enfermo orgánico se encuentra bastante peor: No hay que olvidar la gran inestabilidad atmosférica de los meses de Mayo y Junio de 1991 (Golpes de calor, tormentas, vientos Föhn) y la temperatura elevada en los mismos meses del año 1990.

El alto índice de diagnósticos psiquiátricos encontrados en el cruce entre Mayo/Primera tentativa (28,30%) hace pensar en una inestabilidad ambiental de origen no determinado .

Ocho esquizofrénicos, 2 maniaco-Depresivos, 2 Depresiones endógenas (son los sujetos cuyas familias no les reconocen problemática social alguna, salvo, claro está, la que limita su capacidad de relación: la enfermedad).

Una joven "perfeccionista" que sacaba de quicio a la familia (sin problemática).

Tres ancianos que iban a ingresar en los próximos días en residencia (sin problemas).

Un paciente que volvía de ver a su psiquiatra (no diagnosticado).

Cuatro alcohólicos y un cortejo de pacientes orgánicos de las más variadas patologías.

Los solteros sin problemas porque tienen trabajo. Y los que

han enviudado, forman el variopinto grupo de los que realizaron su suicidio y les salió bien, en el mes de mayo (cuando hace la calor...)

### 3.2.3.1.3. INTENTOS PREVIOS: DE UNO A TRES

	%CATEG.	%TENT.ANT.	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
METE MED	77.36	36.94	6.18	53	11.19	0.000
METE PREC	77.78	6.31	1.05	9	4.18	0.000
METE ABLA	83.33	4.50	0.70	6	3.57	0.000
METE TRAF	100.00	3.60	0.47	4	3.46	0.000
METE FERR	80.00	3.60	0.58	5	3.04	0.000
METE AHOR	50.00	4.50	1.17	10	2.58	0.005
ASIS LEVE	81.58	27.93	4.43	38	9.85	0.000
ASIS UCI	100.00	14.41	1.86	16	7.84	0.000
ASIS NO	64.00	8.11	1.63	14	4.30	0.000
TIEM >12M	95.00	17.12	2.33	20	8.29	0.000
TIEM 3-12M	82.61	17.12	2.68	23	7.57	0.000
TIEM 1-4S	76.19	14.41	2.45	21	6.56	0.000
TIEM <1S	80.00	7.21	1.17	10	4.59	0.000
TIEM 1-3M	77.78	6.21	1.05	9	4.18	0.000
TTO APSI	22.41	60.36	34.85	299	5.79	0.000
ANTE NO	19.20	47.75	32.17	276	3.57	0.000
SEXO MUJER	17.86	45.05	32.63	280	2.83	0.000
CONV OTRF	33.33	7.21	2.80	24	2.43	0.000

(Tabla III- 3.2.75.: Modalidades significativas para la categoría de dos a cuatro intentos previos)

### METODO EMPLEADO EN LA TENTATIVA ANTERIOR

Podemos afirmar que los que utilizaron métodos más letales lo consiguieron antes, aunque existe un gran porcentaje de "método anterior: Medicamentos"(36,94%), seguido muy de lejos por precipitación, ferrocarril, arma blanca y ahorcadura.

### ATENCION MEDICA RECIBIDA

#### U.C.I.

Este grupo se nutre de los sujetos que utilizaron los métodos más duros en el intento anterior y pudieron llevarlo a cabo y de los intentos por medicamentos mejor preparados, que se asocian con el intento definitivo por un método más violento.

#### LEVE

La mayoría de ellos pertenece a los que usaron fármacos, o el método empleado no pudo consumarse en su totalidad por la intervención de terceros.

**NINGUNA**

El 64,29% de los que no recibieron ninguna asistencia médica tras el intento anterior, lo consuman en el siguiente y además se encuentran entre los que lo intentan poco número de veces antes, es decir, desgraciadamente el 20,68% de los sujetos no recibieron asistencia tras el intento anterior<sup>1</sup> y escapando al control médico, lo consuma algún tiempo después.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO**

TIEM >12M	95.00	17.12	2.33	20	8.29	0.000
TIEM 3-12M	82.61	17.12	2.68	23	7.57	0.000
TIEM 1-4S	76.19	14.41	2.45	21	6.56	0.000
TIEM <1S	80.00	7.21	1.17	10	4.59	0.000
TIEM 1-3M	77.78	6.21	1.05	9	4.18	0.000

(Tabla III- 3.2.76.: Variable tiempo transcurrido en su cruce con tentativas anteriores: de dos a cuatro)

**MAS DE TRES MESES**

Entre estos sujetos la repetición del suicidio se produce con más frecuencia transcurrido mas de un año del intento anterior, obteniendo la tasa más alta a partir de los tres meses. En ellos existe más que una compulsión por el acto con gran tendencia a la destrucción, una forma especial de responder ante el stress social que les conduce a la autólisis como vía de escape frente esta condición negativa (Ver notas bibliográficas 154).

Por otro lado los individuos que a partir del intento previo se encontraban en tratamiento tienden a abandonar el mismo a partir de los pocos meses, disminuyendo el control del entorno sobre el sujeto a partir de estas fechas.

**MENOS DE UNA SEMANA**

De los sujetos que habiéndolo intentado antes se suicidan antes de transcurrida una semana hemos encontrado aproximadamente un 30% que reciben tratamiento ambulatorio orgánico, son ancianos y en su entorno no parece habersele dado mucha importancia al hecho anterior. El 30% recibía tratamiento ambulatorio psiquiátrico por "Depresión" y psicosis maniaco depresiva.

El 10% no estaba en tratamiento y presentaba entre su

---

<sup>1</sup>Hay que tener en cuenta que en este cálculo hemos suprimido la categoría de los "no consta tentativa anterior" y, por lo tanto, es un cálculo aproximado, no absoluto, sobre la muestra. En ella, constituyen el 1,63% del total, incluidos los que nunca lo intentaron antes que son 412 sujetos.

problemática la adicción a las drogas o problemas familiares y sentimentales. Un individuo se encontraba ingresado como resultado de su intento anterior por medicamentos. La consumación del suicidio se llevó a cabo en todos los casos por medios violentos.

#### DE UNA SEMANA A TRES MESES

En la muestra total se ve claramente que la etapa en la que el riesgo de repetir el intento es mayor es de una a cuatro semanas. En esta submuestra todas las categorías de las variables tiempo son significativas.

#### TRATAMIENTO RECIBIDO: AMBULATORIO PSIQUIATRICO

De los sujetos recogidos bajo este epígrafe el 22,41% se intentaron suicidar con anterioridad una o dos veces. La relación entre el número de intentos previos y el tipo de tratamiento es significativa, ahora bien hay aproximadamente un 60% de sujetos que pese a tener, al menos, un intento previo no recibe tratamiento ambulatorio psiquiátrico.

Entre los que no reciben tratamiento destacan los ancianos y los que tienen peores relaciones con su medio.

Es en este apartado donde la bibliografía es más extensa y dado que no es fácil la exploración del nivel de riesgo previo desde la posición en que nos encontramos, no profundizaremos más en él.

#### EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: SI

En esta categoría y en la siguiente es donde la variable aviso es significativa en sentido positivo. Al menos el entorno del sujeto sabe que el suicidio es una posibilidad que está dispuesto a ejecutar y se sienten avisados, por otro lado la comunicación en este aspecto es más directa; ahora bien el que la variable "PETICION DE AYUDA" no lo sea igualmente hace suponer que el familiar se sentía avisado, pero en modo alguno implicado: capaz de intervenir.

#### ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL ENTORNO DEL SUJETO: NO

El 47% de los individuos que cometen la reiteración del acto suicida no poseen antecedentes de suicidio en su medio ambiente: ni lejanos en el tiempo y relación ni próximos en los dos aspectos.

#### SEXO: MUJER

El 17,86% de las mujeres (50 elementos de la muestra total) han intentado su suicidio de una a dos veces antes.

La explicación del fenómeno no puede prescindir de las

variables: METODO: MEDICAMENTOS y TRATAMIENTO AMBULATORIO PSIQUIATRICO.

En el análisis cluster podremos observar la interrelación de estas variables bajo el nexo común de sexo femenino.

#### CONVIVENCIA: OTROS FAMILIARES

Esta categoría implica a los sujetos de que se trasladan del domicilio propio al de los hijos, sobrinos o hermanos.

#### 3.2.3.1.4. TENTATIVAS ANTERIORES: MAS DE CUATRO

	%CATEG.	%TENT	%GLOBAL	PESO	V.TEST	PROBA
METE MED	22.64	33.33	6.18	53	4.96	0.000
AVI SI	12.07	38.89	13.52	116	3.75	0.000
ASIS LEVE	18.42	19.44	4.43	38	3.23	0.000
ASIS NO	28.57	11.11	1.63	14	2.89	0.000
TIEM 1-4S	23.81	13.89	2.45	21	3.03	0.000
METO MED	12.70	22.22	7.34	63	2.73	0.003

(Tabla III- 3.2.77.: Modalidades significativas para la categoría: Más de cuatro veces)

El 22% de los que se intentaron suicidar con medicamentos en una o varias ocasiones anteriores lo intentaron por más de cuatro. Es el sujeto con hábito suicida, en el que el suicidio es más, una pulsión, que un modo de responder a estímulos de orden negativo externos.

En nuestra muestra se encuentran 19 varones y 17 mujeres que lo intentaron en más de cuatro ocasiones.

Un alto porcentaje estaba en tratamiento psiquiátrico, existiendo siete varones ingresados (uno en psiquiátrico penitenciario), y una mujer que iba a ingresar al día siguiente. El diagnóstico sólo se recoge en tres casos: dos de esquizofrenia y uno psicosis maniaco depresiva.

La problemática asociadaa cada caso se distribuye así:

	Varones	Mujeres
No consta	3	7
Limitaciones físicas	3	3
Económicos	1	1
Familiares	1	0
Adicción a drogas	3	1
Ingreso psiquiátrico	7	1
Enfermedad mental sin diagnóstico	1	5

(Tabla III- 3.2.78.: Distribución de la Problemática en individuos con más de cuatro tentativas)

**METODO EMPLEADO EN TENTATIVA ANTERIOR: MEDICAMENTOS**

Todos ellos disponían de fármacos pues se encontraban en su inmensa mayoría en tratamiento.

Es de destacar el número de varones ingresados en Hospital psiquiátrico (siete).

No se puede precisar si el empleo de medicamentos es causa o efecto del alto número de intentos, es de suponer que estos sujetos se encuentran altamente limitados en su capacidad física y mental para utilizar otro método distinto, su interés por morir es bastante difícil de valorar.

**EXISTENCIA DE AVISO PREVIO: SI**

El 38,89% de los familiares respondieron que sí existía aviso previo, el bajo porcentaje de la respuesta afirmativa, teniendo en cuenta que los individuos se suicidaron antes de transcurrido un mes del intento previo hace explicable el hecho (no estadístico) de la parquedad de los familiares a la hora de enumerar lo factores implicados en el éxitus de su familiar.

**ATENCION MEDICA RECIBIDA: LEVE, NINGUNA**

El o los intentos precedente condujeron al sujeto al tratamiento psiquiátrico. Son evitables en tanto en cuanto el entorno responde de forma activa, llega a tiempo, vigila la medicación, etc.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO: DE UNA SEMANA A CUATRO**

Llegada a este punto, el fenómeno del suicidio es un hecho cotidiano, la vigilancia sobre el sujeto es eficaz en la primera semana, luego paulatinamente los controles se relajan, y las personas próximas vuelven paulatinamente a su vida normal, es entonces cuando se produce un nuevo intento, el deseo de morir es tan elevado que el sujeto no planifica, simplemente lo hace.

**METODO EMPLEADO: MEDICAMENTOS**

El 22,22% de los sujetos lo hace otra vez con los fármacos, el resto, que tiene limitado su acceso a ellos, bien por que esté ingresado o porque la familia se los retira de su alcance elige otro método que no necesite una preparación excesiva: ingerir alcohol de quemar, precipitarse o arrojarse a las vías del ferrocarril metropolitano son los métodos usados.

**3.2.3.2. CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON LA VARIABLE:  
INTENTOS DE SUICIDIO ANTERIORES**

No existen relaciones significativas con aplicación práctica al modelo estudiado. El resultado obtenido expresa una ligera elevación de las temperaturas máxima y mínima diaria, de más expresión para la categoría "Primera tentativa" y "de dos a cuatro", con diferencias de hasta dos grados en relación a la de "mas de cuatro". Una interpretación podría ser la menor influencia climática en la psicopatología de orden mayor, mientras que los transtornos del ánimo podrían verse más afectados.

**4. ANALISIS CLUSTER POR EL METODO DE LAS K-MEDIAS. (Ver apéndice)**

Tras aplicar una estrategia de clasificación mixta, en la cual hicimos  $K=3$ , consiguiendo las clases estables (aquellos grupos de casos que se clasifican juntos las tres veces) a partir de las cuales iniciar el análisis:

Las clases que más peso tiene son la uno la dos y la tres, para la partición de seis clases, al realizar el corte para nueve clases, la inercia se mejora pasando de 0,5702 a 0,7391. Para consultar valores estadísticos ver apéndice.

**4.1. PARTICION DE SEIS CLASES****4.1.1. INERCIA EN LA CONSTITUCION DE LAS CLASES**

	Al inicio	Al final
Inercia interclases	0.5355	0.5702
Inercia intracases		
clase 1/6	0.1703	0.2284
clase 2/6	0.6005	0.5223
clase 3/6	0.3706	0.3405
clase 4/6	0.0959	0.0897
clase 5/6	0.0621	0.0663
clase 6/6	0.2752	0.2927

(Tabla III- 4.1.: Inercia en la partición de seis clases)

**4.1.2. DESCRIPCION DE LAS CLASES EN PARTICION DE SEIS****4.1.2.1. CLASE NUMERO 1: (n° individuos: 159->191)**

En ella se agrupan los sujetos que cometieron su suicidio en 1989, no tiene efectos a nivel del trabajo pero si como comprobación de la eficacia del sistema: En 1989 el Instituto Anatómico Forense aún no había generalizado la realización de la "historia social" de los allí ingresados por lo que es el grupo en el que más "no consta" aparecen en cada casilla. En el mismo cluster se agrupan sujetos que lo hicieron en enero y febrero, procedentes de otras comunidades autonomas o países, en la vía pública, prioritariamente en Domingo y de los que el familiar entrevistado sabe más bien poco. Apareciendo también asociado el metodo por arma de fuego.

**4.1.2.2. CLASE NUMERO 2: (n° de individuos: 286->274)**

Sus miembros son varones, incluyendo: Estudiantes 10-17 y de 18-24 años, que viven con su familia, es la primera vez y no estan en tratamiento; los solteros y divorciados de 25 a 33 que viven solos, sin actividad laboral definida, adictos a drogas y/o alcohol, lo hacen con medicamentos, estan en tratamiento ambulatorio psiquiátrico y por último los comprendidos en el

intervalo de edad de 43 a 54 años, sin antecedentes de conducta suicida, con problemas economicos, su día preferido son los jueves, lo hacen en la vía pública lejos de su domicilio y suelen estar sin empleo.

**4.1.2.3. CLASE NUMERO 3: (nº de individuos: 260->235)**

Esta clase está compuesta por las personas de edad: De un lado los jubilados de 66-78 y de otro los de 79 a 98 años viudos, es su primera vez, reciben tto. ambulatorio por patología organica y lo hacen en su domicilio; viven los más jóvenes con su respectiva pareja, los otros con otros familiares, a todos les gusta la precipitación, generalmente y de manera significativa se produce el suicidio por pérdida de un deudo y por su patología orgánica, lo hacen a primeras horas de la mañana y significativamente más en Mayo.

**4.1.2.4. CLASE NUMERO 4: (nº de individuos: 37->36)**

Esta clase está muy bien definida: Son varones, de 18 a 24 años, con problemas judiciales o combinada (Drogas, patología orgánica), también se asocia aquí la convivencia en institución, son o de otros distritos sanitarios de fuera de Madrid o proceden de Vallecas, son solteros se ahorcan y prefieren el domingo para hacerlo.

**4.1.2.5. CLASE NUMERO 5: (nº de individuos: 36->38)**

Corresponde a los ingresos hospitalarios, de manera más importante a los de origen orgánico, aunque entran también psiquiátricos, viven en la institución hospitalaria y lo hacen allí, son hombres, en baja laboral, no avisan y prefieren la precipitación, significatividad estadística tiene en este grupo el distrito de Alcobendas.

**4.1.2.6. CLASE NUMERO 6: (nº de individuos: 80->84)**

En ella se recoge a los que sí tienen una conducta suicida anterior mayor o igual a dos veces antes, lo consiguen por orden de frecuencia: de tres a doce meses después del anterior intento, los de más de un año, los menos de un mes, ya mucho más distantes: de uno a tres meses y por último los de menos de una semana. Son mujeres con tratamiento ambulatorio psiquiatrico, sin antecedentes en su entorno de suicidio. Significativo: Distrito San Sebastian de los Reyes.

#### **4.1.3. CARCTERIZACION DE LAS CLASES CON RESPECTO A LAS VARIABLES ATMOSFERICAS**

##### **4.1.3.1. RELACION DE ESTAS CLASES MODALES CON LAS VARIABLES ATMOSFERICAS**

Una vez identificadas estas clases sus variables definitorias se enfrentaron a la matriz de datos formada por las variables atmosféricas utilizando el día, mes y año del suicidio como nexos. Se aplicó un método no paramétrico: El test exacto de Fisher, aunque como ya se sabe no es tan exacto pero, aunque conservador, consideramos su utilidad práctica frente a otros. Sólo se hará referencia a las correlaciones que sean altamente significativas:

###### **4.1.3.1.1. TEMPERATURA MAXIMA**

Existe una marcada tendencia en las clases 5 (ingreso hospitalario) y seis (Ambulatorio psiquiátrico con tentativas anteriores) a hacerlo en días con temperatura máxima superior a las otras clases: Existiendo una diferencia de cinco Grados centígrados de la clase seis en relación a la clase uno, y de cuatro entre la cinco y la uno.

La relación se mantiene con respecto a las mínimas, temperatura diferencial y Temperatura a termómetro seco. Concluyendo: LOS DIAS DE CALOR SE SUICIDAN MAS LOS INGRESADOS EN HOSPITAL Y LAS MUJERES EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO AMBULATORIO CON TENTATIVAS ANTERIORES.

###### **4.1.3.1.2. PRESION ATMOSFERICA (Máxima, mínima, diferencial)**

No tienen una significación estadística muy clara, Las bajas presiones acompañan a los suicidas de las clases 5 y 6.

###### **4.1.3.1.3. FRECUENCIA DEL CUARTO CUADRANTE**

No tiene significación estadística, se relaciona con los vientos terrales que arrastran masas de aire seco, (Toda masa de aire que sigue la dirección Este-Norte en esta zona pasan por la sierra perdiendo humedad y calentándose, siendo esto lo tradicionalmente asociado a irritabilidad, cefaleas, malestar, etc. En nuestra capital no existen situaciones tan claramente definidas por sus características atmosféricas como pueden ser el viento sur del País Vasco, la tramontana en Cataluña, El viento de dirección Este-Oeste en Andalucía que allí llaman "Mata cabras", el Moncayo en Aragón (por proceder de ese monte). De cualquier forma, esta no aparece entre las variables explicativas del fenómeno suicida de manera clara.

**4.1.3.2. RELACION DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON CADA UNA DE LAS CLASES**

**4.1.3.2.1. Clase 1**

Presión máxima: Más elevada.  
Temperaturas: Bajas

**4.1.3.2.2. Clase 2**

Frecuencia de calmas: Dos puntos por encima.

**4.1.3.2.3. Clase 3**

No tiene ninguna relación significativa.

**4.1.3.2.4. Clase 4**

No tiene ninguna relación significativa.

**4.1.3.2.5. Clase 5**

Temperatura: Debilmente significativo:temperaturas más altas.

**4.1.3.2.6. Clase 6**

Temperatura: Alta significación, relacionado con altas temperaturas, frente a los demás grupos.

## 4.2. CLASIFICACION EN NUEVE CLASES

### 4.2.1. INERCIA DE LAS CLASES EN LA PARTICION DE NUEVE

	Al inicio	Al final
Inercia interclases	0.6834	0.7391
Inercia intraclase		
clase 1/6	0.1703	0.1771
clase 2/6	0.0735	0.0593
clase 3/6	0.2468	0.3390
clase 4/6	0.1903	0.0759
clase 5/6	0.0826	0.0872
clase 6/6	0.2300	0.2261
clase 7/6	0.0959	0.0853
clase 8/6	0.0621	0.0663
clase 9/6	0.0275	0.2547

(Tabla 4.2.: Inercia en la partición de nueve clases)

En general, como se comprueba facilmente en las tablas las distancias (inercia) se disminuye intraclase y se aumenta interclase al pasar de 6 a 9 grupos, cortando ahí, porque aunque se adivina un gran acortamiento de distancias si se disgregara la clase 3/9 en tres o incluso dos grupos, no mejoraría de manera notable el estudio.

### 4.2.2. DESCRIPCION DE LAS CLASES EN LA PARTICION DE NUEVE

#### 4.2.2.1. CLASE 1: (nº individuos: 159->161)

Iguales características que para la primera del árbol de seis: Existen pocos datos sociales, datos explicativos: Vienen de fuera, lo hacen en la vía pública, en domingo y en los meses de Enero y Feberero, sigue marcando el grupo el año 1989. Desaparece el método por arma de fuego no siendo esta variable definitoria del grupo. (Vistas estas constantes, el grupo parece estar formado por sujetos emigrantes, desarraigados en nuestra ciudad, para los cuales el día festivo tiene marcadas connotaciones, la desaparición del método empleado responde más a estas características ya que estos sujetos utilizan métodos más a su alcance y al hacerlo en la vía publica lejana a su domicilio en la capital acuden a parques públicos (casa de campo), el río o el viaducto y en escasas ocasiones a puentes sobre la M-30.

#### 4.2.2.2. CLASE 2: (nº de individuos: 22->19)

Definida por sólo tres variables: Tienen antecedentes de suicidio en el entorno, problemas sentimentales y utilizan métodos poco generalizados. (Combinados, sumersión, autoincineración).

**4.2.2.3. CLASE 3: (nº de individuos: 148->216)**

Generalmente varones, en tres grupos de edad: de los 25 a los 33 años, de los 34 a los 42 y de los 43 a los 54 en menor frecuencia. Tienen adicción a drogas y /o alcohol, o por el contrario (pero menos significativamente) no tienen problemática en opinión del sujeto entrevistado. Los más jóvenes son solteros y viven con su familia o solos y no reciben tratamiento, a medida que aumenta la edad son divorciados, en tratamiento psiquiátrico ambulatorio, viven solos, tiene trabajo fijo no se les conoce actividad (significación estadística semejante) desempleo o baja laboral (por orden decreciente de frecuencia) y utilizan como método los medicamentos, CO, o las formas combinadas de suicidio (Medicamento más precipitación, ahorcadura más medicamentos, arma blanca más autoincineración, etc.)

Su día predilecto es el Jueves, no tienen antecedentes en el entorno y es la primera vez con un alto grado de significación estadística. También se obtiene como variable explicativa el lugar lejano a su domicilio para realizar la autólisis.

A la vista de las variables explicativas a nivel estadístico cabría reflexionar sobre el tipo humano que recoge esta clase modal: Todos son varones, pero en circunstancias distintas, de un lado: el grupo más joven tiene adicción a drogas, no posee actividad laboral, no están sometidos a tratamiento y pueden vivir o no con su familia: Sujeto conflictivo. El segundo grupo pertenece a hombres de edad media, sin pareja estable, con trabajo fijo, de quien el familiar entrevistado dice que no tenía problemas, en su mayoría son bastante desconocidos por su entorno, el hecho de su muerte sorprende, aunque se justifica debido a que era un "poco raro", o a sus compañías que nunca son bien conocidas. O bien está en tratamiento psiquiátrico "por depresión desde hace un tiempo".

El tercero es un peldaño más en la escalera de la mala integración social: El sujeto ya además está divorciado, puede y de hecho tiene, problemas con el alcohol, incluso pertenece al grupo de los desempleados o esta dado de baja, los hay con trabajo fijo, en cuyo caso nadie se explica el suicidio.

En general esta clase integra a sus miembros en uno de los grupos de riesgo claramente definidos en la literatura.

**4.2.2.4. CLASE 4: (nº de individuos: 116->50)**

Definida con alta significación, este grupo recoge a los jóvenes comprendidos entre los 10-17 años y los 18-24, estudiantes, solteros que no están en tratamiento, que conviven con su familia original o bien con amigos (piso de estudiantes), que tienen como costumbre dejar un escrito explicando el hecho (frente a la inmensa mayoría de los grupos de otra edad y condición que no lo hacen), escritos del tipo: "Ya no me llamas más gorda" (de una muchacha a su madre), "No puedo seguir sacrificandoo" (de un hijo que fracasa en sus estudios a sus

padres en el pueblo), o un carta a un pájaro muerto son ejemplos de los mismos. La información suministrada por los familiares encuestados es muy escueta, la mayoría no se creen que el hecho haya sido voluntario y más en este grupo que en el resto existen resistencias a ser entrevistados, las condiciones sociológicas comentadas por otros autores con respecto a este grupo de población suicida (Desintegración familiar, experiencias sexuales precoces, antecedentes de agresión sexual, pérdida temprana de la figura paterna) no han podido ser contrastadas, si bien a efectos de observación personal de los casos en muchos de ellos se detecta una psicopatología de base que la familia niega, todos ellos son jóvenes solitarios, poco habladores con excasos o ningún amigo, con padres autoritarios que "conocían muy bien" a sus hijos, malos estudiantes, aunque esto no pasa de ser una mera apreciación personal a partir de las entrevistas y de los informes de autopsia en los que el Forense competente era bastante más explícito, por regla general, que en el resto de los suicidios; se entiende que motivado por la alta carga emocional y alarma que produce en el medio social la autolisis consumada de un joven.

#### 4.2.2.5. CLASE 5: (nº de individuos: 81->84)

En esta modalidad aparecen las mujeres, son amas de casa fundamentalmente de los 55-65 años aunque también pero en menor proporción de los 43 a los 54, están casadas y viven con su marido e hijos, reciben tratamiento ambulatorio psiquiátrico, fundamentalmente controlado por su médico de cabecera, lo hacen en su domicilio y con productos domésticos, significativamente entran en el distrito sanitario 11,1. En otros estudios se ha tratado ampliamente de esta categoría de mujeres.

#### 4.2.2.6. CLASE 6: (nº de individuos: 179->180)

Jubilados, mayoritariamente de los 66 a los 78 aunque existe un amplio grupo de mayores de esa edad, Viudos más que casados, que característicamente viven con familiares, entre los motivos aparecen dos: La patología orgánica y la pérdida de un deudo. Lo hacen en su domicilio, al primer intento, utilizando para ello la precipitación o el arma blanca (esta 2'44 veces más que la población estudiada).

#### 4.2.2.7. CLASE 7: (nº de individuos: 37->34)

Son los suicidios en Instituciones (Carcel, cuartel, residencia). Varones, tienen problemas judiciales, o están haciendo el servicio militar, procedentes de otros distritos sanitarios o de Vallecas, de edades comprendidas entre los 18 y los 24 años, su problemática social es combinada (fundamentalmente, drogas y VHI(+), también económicos o familiares relacionados con hacer la mili pero estos en menor proporción.

Se suelen ahorcar y es difícil señalar la hora de la muerte. (Normalmente en este tipo de suicidios se avisa al

juzgado de guardia tardiamente en relación al descubrimiento del cadáver.

#### 4.2.2.8. CLASE 8: (nº de individuos: 36->38)

Es el suicidio en Hospital, aquí aparecen de nuevo los varones, con patología orgánica fundamentalmente, pero también en el mismo grupo los ingresos psiquiátricos, se niega en ellos el aviso previo por parte del familiar, lo hacen por precipitación y parece que con más frecuencia los que proceden de Alcobendas (esto con menor potencia del test).

#### 4.2.2.9. CLASE 9: (nº de individuos: 80->76)

Son los que ya lo han intentado más de dos veces, generalmente recibieron asistencia médica entonces, aunque también es significativo para las que no, pero en menor intensidad. No hay antecedentes familiares de suicidio pero sí avisos previos, en este grupo hay más mujeres que hombres (si en la población objeto de estudio las mujeres representan el 32,63%, aquí lo son en el 48,68%).

Lo han conseguido de tres meses a un año después del anterior intento, (30%), en igual proporción los de más de un año (23%) y los de menos de un mes (22,6%) y muy alejados los de uno a tres meses (9%) y los de la primera semana (7%).

Están en tratamiento ambulatorio psiquiátrico y destaca San Sebastián de los Reyes como distrito municipal más afectado.

#### 4.2.3. RELACION DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON CADA UNA DE LAS CLASES

Salen significativas a nivel general las variables Temperatura máxima, temperatura a termómetro seco, temperatura diferencial y temperatura mínima y con una significación en torno al 0,05% la velocidad máxima y las precipitaciones totales.

##### 4.2.3.1. TEMPERATURA MÁXIMA

Los ingresados en hospitales lo hacen con temperaturas extremas mayores, en los días de mucho calor, seguidos de las que tienen varios intentos previos, los de la clase uno, es decir, los que proceden de otras zonas del país lo hacen a las temperaturas máximas más bajas.

La temperatura diferencial (Entre las mediciones diarias) y la mínima explican el fenómeno de manera semejante.

#### 4.2.3.2. VELOCIDAD MAXIMA DEL VIENTO

La media más baja la tienen los de la clase cuatro (jóvenes estudiantes), los demás se mueven el mismo rango.

#### 4.2.3.3. PRECIPITACION TOTAL

Las amas de casa son las más afectadas con diferencia por la lluvia, los jubilados tienen tasas un poco más altas que el resto de los grupos de población.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS DISTRITOS SANITARIOS ESTUDIADOS

### 5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS QUE INTEGRAN EL GRUPO SUICIDIO CONSUMADO EN EL ÁREA

Este grupo sólo está formado por aquellos sujetos cuya investigación había sido autorizada por los jueces competentes.

Este área se caracteriza por la mayor prevalencia de suicidio entre ancianos, adictos a drogas y enfermos con patología no psiquiátrica de carácter grave. Siendo por tanto necesaria la consideración de estas peculiaridades en cualquier plan de prevención del suicidio.

#### 5.1.1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL AÑO EN QUE SE PRODUJERON LOS SUICIDIOS EN EL ÁREA

	1989	1990	1991	Total
Mujer	9	8	7	24
Varón	14	16	19	49
Total	23	24	26	73

(Tabla III- 5.1.1.: Distribución de los suicidios consumados en el área estudiada según el año y el sexo de los sujetos)

Se observa una tendencia al aumento de suicidios consumados en los tres años que abarca el estudio, aunque de forma muy suave.

Estadísticamente este Área no se distingue de las demás en cuanto a todas las categorías que definen los suicidios consumados estudiados.

Este resultado no es válido para la obtención de tasas ya que estos individuos no son la totalidad de los suicidas de la zona: Su número se vió reducido a causa de la denegación de permisos para la identificación y filiación de los suicidas por algunos magistrados competentes.

Con respecto a su número se encuentra en el término medio de los aparecidos y autorizados en otras áreas sanitarias de Madrid.

### 5.1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS DE LOS SUJETOS

#### SEXO

	Casos	% Área	% General	% Categoría
Varón	49	67,12	67,37	8,5
Mujer	24	32,80	32,63	8,4

(Tabla III- 5.1.2.: Distribución de los sujetos del área estudiada por el sexo)<sup>1</sup>

El comportamiento con respecto al sexo es similar a la población suicida original (comparar columna segunda y tercera)

#### EDAD

Edad	Mujer	Varón	Total
10-17	0	1	1
18-24	2	3	5
25-33	2	15	17
34-42	2	7	9
43-54	0	3	3
55-65	4	5	9
66-78	9	9	18
79-98	5	6	11
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>49</b>	<b>73</b>

(Tabla III- 5.1.3.: Distribución por sexos en virtud de la edad, para los sujetos del Área estudiada)

Las edades medias de la muestra según su sexo son las siguientes:

<sup>1</sup>Cómo interpretar las tablas:

- % Área: % resultado de dividir el número total de casos para cada categoría entre los 73 sujetos.

- %General: expresión del comportamiento de la muestra total (858 casos).

- %Categoría: representa el peso aproximado que le corresponde al área, este porcentaje, debería ser, igual, aproximadamente, al 7,14% en una distribución de los sujetos aleatoria. Su finalidad: facilitar la comprensión intuitiva.

	Edad media
Mujer	62.77
Varón	49.02
Global	53.54

#### ANCIANOS

El porcentaje de mayores de 65 años en el área estudiada es de 13,06%.

En nuestra muestra de suicidas corresponde al 39,72%.

Los mayores de 75 años son el 4,57% del total sobre la población de base tras haber hecho la media de todos los distritos estudiados, en nuestra muestra corresponde un 20,54% del total a los sujetos mayores de esta edad.

	%Población General	%Población Suicida	%Población Suicida(Area)
Mayor de 65	13.06	34,46	39,72
Mayor de 75	4,57	18,93	20,54

(Tabla III- 5.1.4.: Distribución de la población mayor de 65 y 75 años según las distintas muestras obtenidas)

La relación Varón/mujer en la población del municipio se invierte de manera clara en el intervalo entre 44 y 60 años a favor de las mujeres permaneciendo luego ligeramente elevada, esto explica en parte el aumento de suicidio entre las mujeres de esta edad, pero no tanto el de las ancianas.

#### ESTADO CIVIL

	Casos	% Area	% General	% Categoría
Casado	34	46,57	38,58	9,9
Soltero	27	36,98	39,04	8,0
Viudo	12	16,40	15,50	9,8
Divorciado	0	0,00	5,24	0,0

(Tabla III-5.1.5: Distribución de los sujetos del área por el estado civil)

La muestra de suicidas en este área tiende a pertenecer a la clase: CASADO en un porcentaje más elevado, que la población suicida original, siendo este aumento a expensas de la disminución de solteros.

El porcentaje de solteros entre los suicidas es del 36,98%.

El porcentaje de solteros entre la población general es

del 34,01%.

### SITUACIÓN LABORAL

	Casos	% Área	% General	% Categoría
No consta	9	12,32	11,66	9,8
Trabajo fijo	17	23,28	22,73	7,7
Des.sin subsidio	3	4,10	2,10	18,8
Baja laboral	4	5,47	6,18	8,7
Estudiante	2	2,73	6,53	1,9
Jubilado	25	34,24	30,65	9,9
Ama de casa	6	8,21	9,67	6,3
Sin actv.definida	6	8,21	8,28	9,2
Otras	1	1,36	1,52	10,0

(Tabla III- 5.1.6.: Descripción de los sujetos del área según su situación laboral)

Existe un ligero aumento de los sujetos desempleados sin subsidio. Claramente aumentan los jubilados.

### CONVIVENCIA

	Casos	% Área	% General	% Categoría
No consta	15	20,54	29,25	6,3
Familia extensa	30	41,09	38,93	8,5
Familia nuclear	8	10,95	7,69	14,3
Otros familiares	4	5,47	2,80	19,0
Amigos	1	1,36	0,70	20,0
Sólo	8	10,95	12,35	7,5
Hospital	6	8,21	4,43	11,8
Institución	2	2,74	3,85	6,9

(Tabla III- 5.1.7.: Descripción de los sujetos del área según su convivencia en el momento del éxitus)

Los sujetos de este área poseen el porcentaje más alto de convivencia en FAMILIA NUCLEAR (solo dos miembros) y OTROS FAMILIARES.

Así mismo se duplica la razón de suicidio durante un ingreso hospitalario, fundamentalmente a expensas del médico-quirúrgico.

**PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE**

(Fuente: Historia Social, Anatómico-Forense)

	Casos	% Área	% General	% Categoría
No consta	42	57,53	59,91	8,0
No	9	12,32	11,19	9,7
Pérdida de deudo	1	1,36	2,56	5,6
Judiciales	2	2,73	1,52	16,7
Pat. Orgánica	10	13,69	12,12	10,6
Probl.Sentimental	2	2,73	1,17	11,1
Probl.Familiares	1	1,36	1,52	10,0
Adicc.Drog.Alcoh.	5	6,84	5,59	5,0
Combinada	1	1,36	2,33	8,5

(Tabla III- 5.1.8.: Descripción de los sujetos del área por la problemática social)

Aumenta la patología no psiquiátrica y la adicción a drogas, ya que el sujeto con problemática combinada presentaba también adicción a drogas, constituye, por tanto el 8,20% de la muestra.

**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL MEDIO FAMILIAR DEL SUJETO**

	Casos	% Área	% General	% Categoría
No consta	46	63,01	66,32	8,0
No	26	35,60	32,17	9,4
Sí, Lejan. Próximos	1	1,36	0,47	20,0

(Tabla III- 5.1.9.: Descripción de los sujetos del área por los antecedentes de suicidio en su entorno)

El porcentaje es similar al de la totalidad de los suicidas de la que procede.

## 5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

## EXISTENCIA DEL CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO ASISTENCIAL

	Mujer	Varón	Total
No	6	14	20
Sí	18	35	53
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>49</b>	<b>73</b>

(Tabla III- 5.1.10.: Clasificación de los sujetos según haya constancia o no de su contacto con el sistema sanitario asistencial)

## TIPO DE CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO ASISTENCIAL

(Fuente: Historia social Anatómico-forense, Historia Sanitaria)

	Mujer	Varón	Total
Psiquiátrico o Mixto	12	22	34
Médico-Quirúrgico	6	13	19
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.1.11: Tipo de contacto con el sistema sanitario, clasificación por sexos)

En el año 1988 el Ministerio de Sanidad y Consumo estimaba la prevalencia de trastornos crónicos de salud mental en un 17% de la población, y del 23% para los problemas agudos.

El 25% de los pacientes de atención primaria (según los médicos de familia) tienen trastornos mentales.

Se estima que el 13% de los casos necesitan algún tipo de intervención psiquiátrica <sup>1</sup>.

Tenemos constancia de la asistencia psiquiátrica al 46,75% de los sujetos del área estudiada que consumaron su suicidio.

**TRATAMIENTO A QUE ESTABAN SIENDO SOMETIDOS EN EL MOMENTO DE LA MUERTE**

	Mujer	Varón	Total
Ninguno	12	22	34
Con Tratamiento	12	27	39
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>49</b>	<b>73</b>

(Tabla III- 5.1.12. : Descripción de la muestra global del área según se encontraran en tratamiento en el momento de la muerte o no)

	% Mujer	% Varón	% Muestra
Ninguno	50	44,90	46,57
Con Tratamiento	50	55,10	53,43
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(Tabla III- 5.1.13. : Descripción en porcentajes en función del sexo de los individuos de la muestra global del área según se encontraran en tratamiento en el momento de la muerte o no)

**5.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO**

Existe un comportamiento similar con respecto al método utilizado que en la muestra de 858 casos, tan solo se eleva un poco el uso del ferrocarril metropolitano en la estación más próxima al domicilio. (Ver apartado de "método" en el apartado 1.3.1. de este capítulo).

El aviso a familiares y/o amigos es menos frecuente que en el grupo de suicidas grande, no lo hacen en viernes y tampoco emplean las horas nocturnas.

## 5.1.4.1. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO CONSUMADO

## MÉTODO

	Casos	% Área	% General	% Categoría
Arma de fuego	5	6,48	9,79	6,4
Arma blanca	1	1,36	1,86	6,7
Monóxido Carbono	2	2,73	1,40	18,2
Medicamentos	6	8,21	7,34	10,3
Precipitación	36	49,31	48,60	8,7
Sumersión	1	1,36	2,21	5,6
Ahorcadura	15	20,54	20,75	6,9
Ferrocarril	6	8,21	4,08	19,4

(Tabla III- 5.1.14: Descripción de los sujetos del área por el método de suicidio)

Su comportamiento es igual que en la población suicida de Madrid, tan sólo aumenta el empleo del Ferrocarril ( de forma selectiva se arrojan a las vías del Metro) y disminuye el uso del Arma de Fuego.

## LUGAR DEL SUICIDIO

	Casos	% Área	% General	% Categoría
Dom. Propio	49	67,12	67,48	8,2
Otro Domicilio	5	6,48	5,01	13,2
Vía Pub.Próxima	5	6,48	3,03	17,4
Vía Pub.Lejana	8	10,95	13,29	7,5
Institución	6	8,21	11,19	6,7

(Tabla III- 5.1.15.: Descripción de los sujetos del área por el lugar del suicidio)

Siguen las tendencias generales, aumentando, tan solo, la rara categoría de VÍA PÚBLICA CERCA DEL DOMICILIO y OTRO DOMICILIO (trabajo). Disminuyen Vía pública lejana al domicilio e Institución (recordemos que la categoría institución recoge en sí al hospital, el cuartel y la cárcel, así como organismos públicos).

## HORA

	Casos	% Área	% General	% Categoría
No consta	7	9,58	11,89	6,60
De 0 a 6 horas	15	20,54	18,41	9,50
De 6 a 12 horas	22	30,30	29,02	9,00
De 12 a 19 horas	23	31,50	26,11	10,60
De 19 a 24 horas	6	8,22	14,57	3,60

(Tabla III- 5.1.16.: Descripción de los sujetos del área por la hora en que llevaron a cabo el suicidio).

Se observa claramente que existe una mayor tendencia a intentar la AUTOLÍISIS DURANTE LAS HORAS CENTRALES DEL DÍA, fundamentalmente de 12 a 19 horas, disminuyendo las de la tarde-noche.

## DÍA

	Casos	% Área	% General	% Categoría
Lunes	12	16,43	17,25	7,10
Martes	11	15,06	13,40	10,30
Miércoles	12	16,43	15,85	8,70
Jueves	10	13,69	15,15	7,80
Viernes	5	6,48	12,82	4,00
Sábado	12	16,43	11,07	13,60
Domingo	11	15,06	14,45	8,80

(Tabla III- 5.1.17.: Descripción de los sujetos del área por el día de la semana en que se suicidaron)

Es importante la reducción de los intentos en viernes a la mitad de su porcentaje.

Por el contrario aumenta su número en el Sábado.

## MES

	Casos	% Área	% General	% Categoría
Enero	8	10,95	9,32	10,0
Febrero	5	6,84	6,99	8,3
Marzo	7	9,58	9,79	8,3
Abril	11	15,06	10,61	12,1
Mayo	5	6,84	9,79	6,0
Junio	7	9,58	7,46	10,9
Julio	3	4,11	8,39	4,2
Agosto	5	6,48	5,71	10,2
Septiembre	7	9,58	8,51	9,6
Octubre	2	2,73	7,46	2,0
Noviembre	6	8,21	8,39	8,0
Diciembre	7	9,58	7,58	11,4

(Tabla III- 5.1.18.: Descripción de los sujetos del área por el mes del suicidio)

Aumenta en Abril y disminuye en Julio y Octubre.

## SOLICITUD DE AYUDA PREVIA

	Casos	% Área	% General	% Categoría
No consta	69	94,52	94,17	8,6
Sí, explícita	2	2,73	3,73	3,2
Sí, implícita	2	2,73	2,10	11,8

(Tabla III- 5.1.19.: Descripción de los sujetos del área por la solicitud de ayuda)

Esta variable tiene una distribución semejante aquí que en la muestra global.

## EXISTENCIA DE AVISO PREVIO

	Casos	% Área	% General	% Categoría
No consta	52	71,23	63,99	9,7
Sí	5	6,84	13,52	3,7
No	16	21,90	22,49	7,7

(Tabla III- 5.1.20.: Descripción de los sujetos del área por la existencia de aviso previo)

Mayoritariamente y de forma más alta que para los 858 casos aquí no consta el aviso previo a la consumación del suicidio.

## 5.1.4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTENTOS PREVIOS

## NUMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

(Fuente: Archivo Instituto Anatómico-Forense, Historia Sanitaria)

	Casos	% Area	% General
No consta	21	28,76	34,85
Ninguno	42	57,53	48,02
Uno	4	5,47	6,04
Dos	3	4,11	7,20
Tres o más	3	4,11	3,88

(Tabla III- 5.1.21.: Descripción de los sujetos del área por el número de intentos previos)

## ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN EL INTENTO PREVIO

	Casos	% Grupo
No consta	7	70,00
Leve	1	10,00
Ninguna	2	20,00

(Tabla. III- 5.1.22.: Descripción de los sujetos del área por el tipo de asistencia recibida en el intento anterior)

En la gran mayoría no consta. No hay ningún caso de atención en U.C.I.

## MÉTODO EN EL INTENTO PREVIO

	Casos	% Grupo
No consta	4	40,00
Medicamentos	3	30,00
Precipitación	1	10,00
Ahorcadura	1	10,00
Cáusticos	1	10,00

(Tabla III- 5.1.23.: Descripción de los sujetos del área por el método empleado en la tentativa anterior)

La utilización de SOBREDOSIS MEDICAMENTOSA ES MENOR que en la totalidad de los suicidas (ver primera parte).

## TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO

	Casos	% Grupo
No consta	4	40,00
Menos de 1 semana	1	10,00
De 1 a 3 meses	1	10,00
De 3 a 12 meses	3	30,00
Más de 12 meses	1	10,00

(Tabla III- 5.1.24.: Descripción de los sujetos del área por el tiempo transcurrido desde la tentativa anterior)

Son claras las faltas de información por parte de los familiares entrevistados, en general existe un aumento de los que han tardado de tres a doce meses en volverlo a intentar.

## 5.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS SUJETOS EN RELACIÓN AL SISTEMA SANITARIO ASISTENCIAL

Los sujetos han sido clasificados en dos grandes grupos:

I.- Sujetos que nunca han estado en tratamiento.

II.- Sujetos que han estado en tratamiento, o al menos, tenemos constancia de ello.

	Mujeres	Varones	Total
Sin tratamiento	6	14	20
Con tratamiento	18	35	53
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>49</b>	<b>73</b>

(Tabla III- 5.2.1.: Distribución de los sujetos según hayan tenido o no contacto con el Sistema Sanitario. Fuente Anatómico-Forense e Historia Sanitaria)

El 72,60% de los sujetos han tenido contacto con el sistema asistencial.

### 5.2.1. SUJETOS QUE NUNCA HAN ESTADO EN TRATAMIENTO

En total 20 sujetos de los 73 NUNCA HAN ESTADO EN TRATAMIENTO (27'39%) O AL MENOS NO NOS CONSTA.

#### 5.2.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LOS SUJETOS QUE NUNCA HAN ESTADO EN TRATAMIENTO

##### SEXO

Sexo	Casos
Mujeres	6
Hombres	14

(Tabla III- 5.2.2. Distribución por sexos de los individuos sin relación con el sistema sanitario)

## EDAD

Edad	Mujer	Varón	Total
10-17	0	1	1
18-24	1	2	3
25-33	0	6	6
34-42	0	2	2
43-54	0	0	0
55-65	1	1	2
66-78	3	0	3
79-98	1	2	3
<b>TOTAL</b>	6	14	20

(Tabla III- 5.2.3.: Distribución de los sujetos sin contacto con el sistema sanitario según su edad y sexo)

Los varones de este grupo tiende a ser jóvenes (el 78,57% son menores de 42 años).

Las mujeres, por el contrario, son de edad avanzada: El 83,33% de ellas sobrepasa los 55 y el 66,66% tiene más de 65 años.

La media de edad de este grupo se encuentra en los 46,4 años.

Para los hombres es igual a 38,75 años.

Para las mujeres de 64,25.

## ANCIANOS

	% Mujeres	% Varones	% Muestra
<b>Mayores de 65</b>	66,66	14,28	30,00

(Tabla III- 5.2.4.: Distribución, en porcentaje, de los sujetos mayores de 65 años de los que no existe constancia de contacto con el sistema sanitario)

## ESTADO CIVIL

Estado civil	Mujer	Varón
Casado	1	6
Soltero	2	8
Viudo	3	0

(Tabla III- 5.2.5.: Distribución de los sujetos sin contacto con el sistema sanitario según su estado civil y sexo)

A pesar de que en el Área estudiada predominan los casados, aquí, en el grupo que no se relacionó con el sistema sanitario, predominan los solteros.

Se vuelve a comprobar lo ya visto en la primera parte: el estado civil es un buen exponente del nivel de arraigo social del individuo. El sujeto desvinculado de un núcleo social estable acude menos al médico y reúne en sí mayor número de factores de riesgo suicida, el estado civil es un claro indicador de este hecho, siendo un síntoma de la situación vital del individuo.

## SITUACIÓN LABORAL

Situación laboral	Mujer	Varón	Total
Trabajo fijo	0	7	7
Pensionista	5	1	6
Servicio Militar	0	1	1
Estudiante	0	2	2
Sin actividad definida	0	2	2
No Consta	1	1	2

(Tabla III- 5.2.6.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema asistencial según su situación laboral y sexo)

La variable "situación laboral" expresa muy bien las diferencias de edad entre ambos sexos para este grupo.

**CONVIVENCIA**

Convivencia	Mujer	Varón
No consta	3	4
Familia extensa	1	5
Familia nuclear	0	2
Solo	1	2
Otros familiares	1	0
Pensión	0	1

(Tabla III- 5.2.7.:Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema asistencial según con quien convivieran en el momento de la muerte. Fuente: Archivo Anatómico-Forense: Historia Social)

Entre los hombres en los que no nos consta el tipo de convivencia tres eran solteros y el otro casado.

Entre las mujeres una es casada, otra soltera y otra viuda.

**PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE**

(Fuente: Archivo Anatómico-Forense: Historia Social)

Problemática	Mujer	Varón
No consta	4	10
Soledad	1	0
Déficit sensorial	1	0
Judicial	0	1
Estudios	0	1
VHI y Drogas	0	0
Ninguna	0	2

(Tabla III- 5.2.8.:Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según la problemática social acompañante en el momento de la muerte)

El elevado porcentaje de los sujetos en que no nos consta la problemática según la historia social de los sujetos es otro dato que nos informa del bajo "enganche social" de estos, cuyas familias desconocen casi todo sobre ellos.

**PROCEDENCIA**

Procedencia	Mujer	Varón
No consta	2	4
Rural	2	7
Madrid	2	3

(Tabla III- 5.2.9.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según su lugar de nacimiento)

La procedencia es mayoritariamente rural, de forma significativa destaca la comunidad Castellano-leonesa. (cinco)

**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL MEDIO FAMILIAR**

Sólo un varón tiene antecedentes en sus familiares de primer grado, lejanos en el tiempo.

**5.2.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO CON EL SISTEMA ASISTENCIAL**

Ninguno de ellos tuvo relación conocida con el sistema asistencial, excepto una mujer que estuvo ingresada en el Hospital a consecuencia del mismo intento de autolisis que finalmente acabó con su vida.

**5.2.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO****5.2.1.3.1. INTENTO CONSUMADO****MÉTODO**

Método	Mujer	Varón
Arma de fuego	0	3
Precipitación	4	6
CO	1	0
Medicamentos	0	1
Ahorcadura	1	3
Sumersión	0	1
Ferrocarril	0	0

(Tabla III- 5.2.10.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según el método empleado en su intento consumado de suicidio)

El 14'28% utilizaron el arma de fuego, método que no es frecuente en nuestro medio y cuyo empleo es menor en estos distritos urbanos que en los demás de Madrid, sin embargo en este subgrupo aumenta su empleo.

Los sujetos son jóvenes, con trabajo: dos de ellos son

solteros y el tercero casado aunque viviendo solo.

La profesión de guarda jurado vuelve a aparecer como en la muestra general.

La ahorcadura, como ya vimos en la primera parte (ver apartado: Método del Suicidio), es utilizada por sujetos con una procedencia rural clara, de zonas orográficamente llanas.

La precipitación con el 50% sigue manteniendo el nivel de la población suicida madrileña (48%).

La utilización de medicamentos fue llevada a cabo por un sujeto cuya profesión le facilitó el acceso a estos así como le dotó de los conocimientos suficientes para administrarse psicofármacos en goteo a una dosis mortal.

#### LUGAR DEL SUICIDIO

Lugar	Mujer	Varón	Total
Domicilio propio	6	9	15
Otro Domicilio	0	2	2
Vía Pública lejos	0	2	2
Institución	0	1	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>20</b>

(Tabla III- 5.2.11.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según el lugar elegido para llevar a cabo su suicidio)

	Estado civil	Mujer	Varón
Domicilio Propio	Soltero	2	5
	Casado	1	4
	Viudo	3	0
Otro domicilio	Soltero	0	2
Vía Pública Lejan	Soltero	0	0
	Casado	0	2
Institución	Soltero	0	1

(Tabla III- 5.2.12.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según el lugar elegido para llevar a cabo su suicidio, en función de su estado civil y sexo).

La categoría: "Otro domicilio" está formada por un suicidio en el trabajo y otro en un hotel.

El suicidio en Institución se llevó a cabo en los juzgados.

En general tiende a cometerse en el domicilio propio.

De los varones casados que lo hicieron en su domicilio dos aprovecharon las horas nocturnas, los otros dos eran ancianos (mayores de 80 años) y lo hicieron por la mañana.

#### HORA

Hora	Mujer	Varón	Total
No consta	0	0	0
De 0 a 6 horas	0	4	4
De 6 a 12 horas	3	4	7
De 12 a 19 horas	3	5	8
De 19 a 24 horas	0	1	1

(Tabla III- 5.2.13.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según la hora elegida para llevar a cabo su suicidio)

En este grupo la preferencia que caracteriza al Área por las horas centrales del día no se respeta.

#### DÍA

Día de la semana	Mujer	Varón	Total
Lunes	0	6	6
Martes	1	1	2
Miércoles	0	2	2
Jueves	1	0	1
Viernes	0	0	0
Sábado	2	1	3
Domingo	2	4	6

(Tabla III- 5.2.14.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según el día en que consumaron su suicidio)

Los viernes, como en la muestra correspondiente a todo el área no es un día utilizado, el fin de semana y los lunes (sobre todo para los hombres) son los días preferidos.

Hay que tener en cuenta que en este grupo el 50% de los sujetos de sexo masculino trabajan de forma estable.

De las mujeres ninguna tiene trabajo fijo y por lo tanto el lunes no tiene un sentido especial, mientras que el fin de semana trae consigo expectativas, sobre todo si como en este caso son viudas y viven solas (tres de las cuatro).

## MES

	Mujer	Varón	Total
Enero	0	1	1
Febrero	2	1	3
Marzo	1	2	3
Abril	1	1	2
Mayo	0	1	1
Junio	0	0	0
Julio	1	0	1
Agosto	1	2	3
Septiembre	0	2	2
Octubre	0	0	0
Noviembre	0	2	2
Diciembre	0	2	2

(Tabla III- 5.2.15.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario según el mes en que consumaron su suicidio)

La distribución por meses no ofrece ningún aspecto a resaltar.

## SOLICITUD DE AYUDA

Sólo un varón solicitó ayuda de forma implícita poco antes de llevar a cabo su suicidio (estaba casado y vivía con su familia).

## AVISO PREVIO

En ningún caso consta que existiera aviso previo de suicidio al entorno. O al menos que por parte de los más próximos al sujeto se percibiera cualquier signo de alarma.

## 5.2.1.3.2. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

## NUMERO DE INTENTOS

Intentos previos	Mujer	Varón
Más de tres	1	1

(Tabla III- 5.2.16.: Distribución de los sujetos que no establecieron contacto con el sistema sanitario y que tuvieron intentos de suicidio previos al consumado)

En ambos casos no consta el método empleado, una es una mujer mayor, con déficit sensorial (Sordomudez y ceguera), atendida por su hermana, también anciana y el varón es de edad media (35-40 años, con trabajo fijo, soltero y que vivía solo, no constando su problemática.

No nos consta ningún otro dato.

### 5.2.2. SUJETOS QUE A LO LARGO DE SU VIDA HAN ESTABLECIDO CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO ESTUDIADO

TOTAL:53

#### 5.2.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE ESTE GRUPO

##### SEXO

Sexo	Casos
Mujeres	18
Hombres	35

(Tabla III- 5.2.17. Distribución por sexos de los individuos con relación con el sistema sanitario)

##### EDAD

Años	Mujer	Varón	Total
10-17	0	0	0
18-24	1	1	2
25-33	2	9	11
34-42	2	5	7
43-54	0	3	3
55-65	3	4	7
66-78	6	9	15
79-98	4	4	8
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.18.: Distribución de los sujetos que han tomado contacto con el sistema asistencial según su edad en el momento del éxitus y sexo)

##### EDAD MEDIA DEL GRUPO SEGÚN SU SEXO

	Mujer	Varón	Global
<b>Edad Media</b>	68,61	53,13	56,23

(Tabla III- 5.2.19.: edades medias del grupo con contacto sanitario según su sexo)

##### ANCIANOS

	%Mujer	%Varón	%Muestra
<b>Mayor de 65</b>	55,55	37,14	43,39

(Tabla III- 5.2.20: Porcentaje según el sexo de los sujetos mayores de 65 años en el grupo con contacto sanitario)

**ESTADO CIVIL**

	Mujer	Varón	Total
Soltero	3	14	17
Casado	10	16	26
Viudo	5	5	10
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.21.: Distribución de los sujetos que han tomado contacto con el sistema asistencial según su estado civil)

El 49,5% son casados.

**SITUACIÓN LABORAL**

	Mujer	Varón	Total
No Consta	1	2	3
Trabajo Fijo	1	9	10
Pensionista	9	14	22
Ama de Casa	5	0	5
Desempleo	1	1	2
Sin Actividad Definida	1	6	7
Baja Laboral	0	3	3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.22.: Distribución de los sujetos que han tomado contacto con el sistema asistencial según su situación laboral en el momento de la muerte)

El porcentaje de sujetos con trabajo fijo disminuye en relación con la totalidad del área y también en relación al grupo anterior.

Los sujetos sin actividad definida aumentan.

Las diferencias entre los grupos se explican mejor en los siguientes apartados, teniendo en cuenta la patología sufrida por los sujetos.

**CONVIVENCIA**

Convivencia	Mujer	Varón
No consta	1	4
Familia extensa	8	16
Familia nuclear	4	2
Solo	3	5
Otros familiares	2	2
Hospital	0	5
Cárcel	0	1

(Tabla III- 5.2.23.:Distribución de los sujetos según con quien convivieran en el momento de la muerte. Fuente: Archivo Anatómico. Forense: Historia Social)

EL sujeto cuya convivencia era en régimen carcelario se encontraba ingresado en el Hospital penitenciario, por lo tanto a efectos de otras variables será considerado como un suicidio en el hospital.

**PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE**

(Fuente: Archivo Anatómico-Forense:Historia Social)

	Mujer	Varón	Total
No consta	12	18	30
Patología no psiquiátrica	3	7	10
Afectivo-sentimental	2	4	6
Pérdida de un deudo	0	1	1
Adicci.Drogas/Alcohol	1	5	6

(Tabla III- 5.2.24.:Distribución de los sujetos según la problemática social acompañante en el momento de la muerte)

**PROCEDENCIA**

Procedencia	Mujer	Varón
No consta	4	13
Rural	9	12
Urbana	5	10

(Tabla III- 5.2.25.:Distribución de los sujetos con contacto con el sistema asistencial según su lugar de nacimiento)

**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL MEDIO FAMILIAR**

Sólo existe un caso, de sexo femenino, con antecedente en un familiar de primer grado y reciente en el tiempo. Negado en la entrevista social, pero que sí figura en la historia sanitaria.

## 5.2.2.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

## TRATAMIENTO A QUE ESTABAN SOMETIDOS EN EL MOMENTO DE CONSUMARSE EL SUICIDIO

(Fuente: Anatómico-Forense, Historia Sanitaria)

	Mujer	Varón	Total
Ambulatorio psiquiátrico	8	14	22
Ingreso psiquiátrico	0	2	2
Ambulatorio médico-quirúr.	4	7	11
Ingreso médico-quirurgico	0	4	4
Sin tratamiento	6	8	14
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.26.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario según el tratamiento a que estaban sometidos en el momento del éxitus)

	% Mujer	% Varón	% Muestra
Sin Tratamiento	33,33	22,85	26,41
Ambulatorio Psiquiátrico	44,44	40,00	41,51
Ambulatorio médico-quir.	22,22	20,00	20,75
Ingreso Psiquiátrico	0	5,71	3,77
Ingreso médico-quirúrg.	0	11,42	7,54
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(Tabla III- 5.2.27.: Distribución de porcentajes según el sexo y el tipo de tratamiento previo al intento consumado)

Entre los que han sido detectados en el sistema sanitario asistencial es muy superior el porcentaje de los que se encontraban en tratamiento psiquiátrico (45,28%) frente al tratamiento médico o quirúrgico no psiquiátrico (28,29%), en el momento de la muerte.

## EXISTENCIA DE CONTACTO CON EL HOSPITAL

Contacto hospital	Mujer	Varón	Total
Sí	13	21	34
No	5	14	19
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.28.: Contacto con Hospital en los sujetos encontrados en el sistema sanitario)

Contacto hospital	% Mujer	% Varón	% Muestra
Sí	72,22	60,00	64,18
No	27,78	40,00	35,84
Total	100	100	100

(Tabla III- 5.2.29.: % de contacto con el Hospital en los sujetos encontrados en el sistema sanitario, según su sexo)

El 46,57% de la totalidad de los sujetos que han consumado su suicidio en el área han establecido contacto con el hospital a lo largo de su vida.

El 64,18% de los que tenemos constancia de su contacto con el sistema sanitario accedieron al tercer escalón de asistencia.

Este valor es el mínimo posible ya que sólo cuenta a los individuos cuya historia fue localizada en el archivo hospitalario.

#### DEPARTAMENTO EN EL QUE SE PRODUJO LA TOMA DE CONTACTO

(Sobre los 34 que fueron hallados en el archivo del hospital)

DEPARTAMENTO	MUJER	VARÓN	TOTAL
PSIQ. Y MED. QUIRURG.	1	2	3
MÉDICO-QUIRÚRGICO	8	15	23
PSIQUIATRÍA	2	4	6
URGENCIAS	2	0	2
TOTAL	13	21	34

(Tabla III- 5.2.30.: Departamento con el que tomaron contacto dentro del sistema de atención terciario)

Para mayor claridad veamos su distribución porcentual:

Departamento	Mujer	Varón	Total
Psic. Y med. Quirurg.	7,69	9,52	8,82
Médico-quirúrgico	61,53	71,42	67,64
Psiquiatría	15,38	19,04	17,64
Urgencias	15,38	0	5,88

(Tabla III- 5.2.31.: Departamento con el que tomaron contacto dentro del sistema de atención terciario, expresado en porcentajes)

Al Hospital el enfermo acude a los servicios Médico-Quirúrgicos, seguido muy por detrás del Departamento de Psiquiatría.

El bajo porcentaje de los enfermos que acuden a Urgencias es debido más al sistema de Archivo de las historias de Urgencia que no precisan ingreso que a la realidad de la situación.

De forma pormenorizada la distribución de los sujetos por servicios queda de la siguiente manera:

**DEPARTAMENTOS CON LOS QUE CONTACTARON LOS SUJETOS EN EL HOSPITAL**

Departamento		Mujer	Varón	Total
Psig. Y med- .Quirurg.	Ginecología	1	0	1
	Medicina interna	0	2	2
médico-qui- rúrgico	Médico	3	6	9
	Quirúrgico	0	7	7
	Ginecología	3	0	3
	Mixto	2	2	4
Psiquiatría		2	4	6
Urgencias		2	0	2
No contacto		5	14	19

(Tabla III- 5.2.32.: Departamento con el que tomaron contacto dentro del sistema de atención terciario)

Los varones acuden a Departamentos quirúrgicos en mayor cuantía que las mujeres, así como a los Departamentos de Cardiología y Neumología.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PRIMER CONTACTO CON EL HOSPITAL HASTA EL ÉXITUS**

	Mujer	Varón	Total
En el ingreso	0	2	2
De 1 a 3 meses	1	1	2
De 3 meses a 1 año	0	3	3
De 1 a 3 años	5	7	12
De 3 a 6 años	4	5	9
De 6 a 9 años	3	3	6
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.33.: Tiempo transcurrido desde el primer contacto con el hospital hasta el éxitus)

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO CONTACTO CON EL HOSPITAL HASTA EL ÉXITUS**

	Mujer	Varón	Total
Ingreso	0	4	4
Menos de 1 semana	1	0	1
De 1 a 4 semanas	2	2	4
De 1 a 5 meses	3	3	6
De 5 meses a 1 año	2	4	6
De 1 a 3 años	2	4	6
Más de 3 años	3	4	7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.34.: Distribución de los sujetos que contactaron con el Hospital por el tiempo transcurrido desde la última visita hasta la muerte)

**5.2.2.3. CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO**

**5.2.2.3.1. INTENTO CONSUMADO**

**MÉTODO**

	Mujer	Varón	Total
Precipitación	9	17	26
Ahorcadura	4	7	11
Ferrocarril	2	4	6
Medicamentos	1	4	5
Arma blanca	1	0	1
Sumersión	1	0	1
Butano	0	1	1
Arma de fuego	0	2	2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.35.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario según el método empleado en su intento consumado de suicidio)

**LUGAR DEL SUICIDIO**

	Mujer	Varón	Total
Domicilio propio	14	20	34
Otro domicilio	1	2	3
Vía pública lejos	1	4	5
Institución	0	5	5
Metro	2	4	6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.36. : Distribución de los sujetos con contacto sanitario según el lugar elegido para llevar a cabo su suicidio)

El quinto suicidio en la institución se produjo en un hospital privado.

Aunque existen seis suicidios entre personas ingresadas, uno de ellos lo hizo en un permiso de salida de fin de semana y por tanto no es recogido en la variable: Lugar del suicidio en la categoría: "Institución".

#### HORA

Hora	Mujer	Varón	Total
No consta	3	4	7
De 0 a 6 horas	2	9	11
De 6 a 12 horas	7	8	15
De 12 a 19 horas	4	11	15
De 19 a 24 horas	2	3	5

(Tabla III- 5.2.37.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario según la hora elegida para llevar a cabo su suicidio)

#### DÍA

Día de la semana	Mujer	Varón	Total
Lunes	1	5	6
Martes	5	4	9
Miércoles	2	8	10
Jueves	2	7	9
Viernes	1	4	5
Sábado	3	6	9
Domingo	4	1	5

(Tabla III- 5.2.38.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario según el día en que consumaron su suicidio)

## MES

	Mujer	Varón	Total
Enero	5	2	7
Febrero	0	2	2
Marzo	1	3	4
Abril	3	6	9
Mayo	1	3	4
Junio	1	6	7
Julio	0	2	2
Agosto	0	2	2
Septiembre	1	4	5
Octubre	2	0	2
Noviembre	2	2	4
Diciembre	2	3	5

(Tabla III- 5.2.39.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario según el mes en que consumaron su suicidio)

## SOLICITUD DE AYUDA

	Mujer	Varón	Total
No	18	32	50
Si, explícita	0	2	2
Si, implícita	0	1	1

(Tabla III- 5.2.40.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario según su petición de ayuda previa al intento de suicidio consumado)

## AVISO PREVIO

	Mujer	Varón	Total
No consta	12	25	37
Sí	1	4	5
No	5	6	11

(Tabla III- 5.2.41.: Descripción de los sujetos con contacto sanitario del área por la existencia de aviso previo)

## 5.2.2.3.2. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

	Mujer	Varón	Total
Ninguno	13	27	41
Ideas autolíticas	1	1	2
De 1 a 2	1	4	5
3 ó más	3	3	6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>53</b>

(Tabla III- 5.2.42.: Clasificación de los sujetos con contacto sanitario según la existencia de conductas suicidas previas)

Lo intentaron sin conseguirlo:

Mujeres: 4 (22,22% de las mujeres de este grupo)  
 Hombres: 7 (20% de los hombres de este grupo)  
 Total: 10 (18,86% del totalidad de la muestra)

## MÉTODO EMPLEADO EN EL INTENTO PREVIO

	Mujer	Varón	Total
Precipitación	1	1	2
Medicamentos	2	2	4
Ahorcadura	0	1	1
No consta	1	3	3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>11</b>

(Tabla III- 5.2.43.: distribución de los sujetos con antecedentes de contacto sanitario, según el método empleado en el último intento de suicidio fallido)

## TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO HASTA LA MUERTE

	Mujer	Varón	Total
No consta	3	2	5
Menos de 3 meses	0	2	2
De 3 meses a 1 año	0	2	2
Más de 1 año	1	1	2
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>11</b>

(Tabla III- 5.2.44.: Distribución de los sujetos por el tiempo transcurrido desde el intento previo a la muerte, en aquellos que este se produjo)

### 5.2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS SUJETOS CON CONTACTO EN EL SISTEMA ASISTENCIAL

Según el tipo de contacto podemos dividirlos en otros dos grupos:

1.- Los que recibieron asistencia en el ámbito médico-quirúrgico exclusivamente.

TOTAL: 19

2.- Aquellos en los que existe, al menos, una referencia psiquiátrica.

TOTAL: 34

#### 5.2.3.1. SUJETOS QUE CONTACTARON CON ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS

Total:19

##### 5.2.3.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

###### SEXO

Sexo	Casos
Mujeres	6
Hombres	13

(Tabla III- 5.2.45.: Distribución por sexos de los individuos que contactaron con el sistema sanitario asistencial en departamentos médico-quirúrgicos).

###### EDAD

Años	Mujer	Varón	Total
De 10 a 17	0	0	0
De 18 a 24	0	0	0
De 25 a 33	1	1	2
De 34 a 42	0	0	0
De 43 a 54	0	1	1
De 55 a 65	0	1	1
De 66 a 78	1	6	7
De 79 a 98	4	4	8
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>19</b>

(Tabla III- 5.2.46.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según su edad y sexo)

## ANCIANOS

	%Mujer	%Varón	%Muestra
Mayor de 65	83,33	76,92	78,94

(Tabla III- 5.2.47.: Porcentaje según el sexo de los sujetos mayores de 65 años en el grupo con contacto sanitario en departamentos médico-quirúrgicos)

## ESTADO CIVIL

	Mujer	Varón
Soltero	1	1
Casado	2	8
Viudo	3	4

(Tabla III- 5.2.48.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según su estado civil y sexo)

En su mayoría son sujetos casados, o viudos lo que indica una capacidad de relación social importante.

## SITUACIÓN LABORAL

	Mujer	Varón	Total
Trabajo fijo	0	2	2
Pensionista	5	10	15
Desempleo sin subsidio	0	1	1
Sin actividad definida	1	0	1

(Tabla III- 5.2.49.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según su situación laboral y sexo)

La gran mayoría de estos sujetos eran pensionistas.

**CONVIVENCIA**

Convivencia	Mujer	Varón
No consta	0	4
Familia extensa	2	4
Familia nuclear	1	1
Solo	2	1
Otros familiares	1	1
Hospital	0	2
Cárcel	0	0

(Tabla III- 5.2.50.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según con quien convivieran en el momento de la muerte. Fuente: Archivo Anatómico-forense: Historia Social)

**PROBLEMATICA**

(Fuente: Archivo Anatómico-forense: Historia Social)

	Mujer	Varón
No consta	2	8
Patología orgánica	2	4
Soledad	1	0
Adicción drogas	1	1

(Tabla III- 5.2.51.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según la problemática social acompañante en el momento de la muerte)

**PROCEDENCIA**

Procedencia	Mujer	Varón
No consta	3	4
Rural	2	4
Madrid	1	5

(Tabla III- 5.2.52.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según su lugar de nacimiento)

**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL MEDIO FAMILIAR**

No existe ningún caso reconocido.

## 5.2.3.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO SANITARIO

## PATOLOGÍA ORGÁNICA INVOLUCRADA

(Fuente Archivo Anatómico-Forense, Historia Sanitaria)

	Mujer	Varón
Ginecología	1	0
EPOC	0	1
Angina inestable	0	2
Propias de edad	2	2
Adicción drogas	1	1
Altzheimer	1	0
Cáncer terminal	0	4
No filiada	1	2
Ninguno	0	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>13</b>

(Tabla III- 5.2.53.: Distribución de los sujetos con contacto en departamentos médico-quirúrgicos según el diagnóstico médico)

## TRATAMIENTO A QUE ESTABAN SIENDO SOMETIDOS EN EL MOMENTO DE CONSUMARSE EL SUICIDIO

(Fuente: Instituto Anatómico Forense, Historia Sanitaria)

	Mujer	Varón
Ninguno	3	5
Amb.Médico quirur.	3	6
Ingreso médico quirur.	0	2

(Tabla III- 5.2.54.: Distribución de los sujetos con contacto en departamentos médico-quirúrgicos según el tratamiento a que estaban siendo sometidos en el momento de llevar a cabo su suicidio)

A efectos de facilitar su comparación pasaremos a expresar estos valores en porcentajes.

## EXPRESIÓN EN PORCENTAJES DEL TRATAMIENTO A QUE ESTABAN SIENDO SOMETIDOS EN EL MOMENTO DE SUICIDARSE

	% Mujer	% Varón	% Muestra
Ninguno	50.00	38.46	42.10
Amb.Médico quirur.	50.00	46.15	47.36
Ingreso médico quirur.	0.00	15.38	10.52
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(Tabla III- 5.2.55.: Distribución de los sujetos con contacto en departamentos médico-quirúrgicos según el tratamiento a que estaban siendo sometidos en el momento de llevar a cabo su suicidio)

De los del grupo "Tratamiento: Ninguno": El 37,5% (3) habían

dejado el Hospital o acabado un tratamiento hacia menos de un mes.

El 62,5% de ese mismo grupo (8) estuvieron en tratamiento menos de un año antes.

Al menos en dos miembros de ese grupo de sexo masculino presentaban sintomatología psiquiátrica durante el ingreso en departamentos de Cardiología y Medicina Interna, sin que se solicitara interconsulta psiquiátrica.

En el grupo de Tratamiento Ambulatorio todos los sujetos se encontraban en tratamiento con su médico de atención primaria.

Sólo uno de ellos era controlado por un especialista de digestivo en el Hospital.

En tratamiento ambulatorio de medicina alternativa se encontraba un varón.

Ingreso orgánico: Uno en Hospital Privado y otro en la red pública, ambos con patologías graves y de larga duración.

**CONTACTO CON EL HOSPITAL DE LA RED PUBLICA**  
(Fuente: archivo hospitalario)

	Mujer	Varón	Total
Sí	4	8	12
No	2	5	7
<b>Total</b>	6	13	19

(Tabla III- 5.2.56.: Distribución de los individuos con contacto médico-quirúrgico según haya existido o no contacto con el Hospital)

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PRIMER CONTACTO CON EL HOSPITAL HASTA EL EXITUS**

(FUENTE: Archivo Hospitalario, más un informe de hospital privado)

	Mujer	Varón	Total
En el ingreso	0	1	1
De 1 a 3 meses	1	1	2
De 3 meses a 1 año	0	1	1
De 1 año a 3 años	1	3	4
De 3 a 6 años	0	1	1
De 6 a 9 años	2	1	3
No consta relación	2	5	7

(Tabla III- 5.2.57.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según el tiempo transcurrido desde el primer contacto con el hospital)

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO CONTACTO HOSPITALARIO HASTA EL EXITUS**

	Mujer	Varón	Total
En el ingreso	0	2	2
Menos de 1 semana	1	0	1
De 1 a 4 semanas	0	1	1
De 1 a 5 meses	1	1	2
De 5 meses a 1 año	0	2	2
Más de 3 años	2	2	4

(Tabla III- 5.2.58.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según el tiempo transcurrido desde el último contacto con el hospital)

El 30% de los sujetos con tratamiento médico o quirúrgico, no psiquiátrico, (a nivel hospitalario) cometen su suicidio en el espacio de un mes tras su contacto hospitalario.

Si bien en tan solo la mitad de ellos la familia cita a la patología orgánica como una circunstancia determinante asociada a la consumación del suicidio.

**EDAD A LA QUE SE PRODUJO SU PRIMER CONTACTO HOSPITALARIO**

Todos en edad adulta excepto un caso de embarazo juvenil.

**ÁREA MÉDICO-QUIRÚRGICA EN LA QUE SE PRODUJO EL CONTACTO**  
(Fuente: Historia Clínica, Informes Anatómico-Forenses)

Departamento	Mujer	Varón	Total
Ginecología y obstetricia	3	0	3
Neurología	1	0	1
Cirugía y Traumatología	0	2	2
Medicina interna y respiratoria	0	1	4
Cardiovascular	0	2	2
No filiados	2	5	7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>19</b>

(Tabla III- 5.2.59.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según el departamento donde se produjo su contacto con el nivel hospitalario)

Los NO FILIADOS son todos ancianos viudos que conviven con sus hijos. Han venido de su pueblo y la familia no refiere ninguna problemática asociada.

En ellos coexiste un desarraigo social intenso y una asistencia sanitaria de primer escalón asistencial, atendiendo una patología inespecífica.

Una de las mujeres es la única con un intento previo de suicidio que llevó a cabo en una zona sanitaria no estudiada por nosotros.

Existen dos suicidios durante el ingreso en un Departamento Médico: La patología grave crónica, en un caso y terminal, asociada a adicción alcohólica en el otro, son sus circunstancias definitorias.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNOSTICO A LA MUERTE**

	Mujer	Varón	Total
No consta	3	6	9
Menos de 3 meses	1	1	2
De 3 meses a 1 año	0	4	4
De 1 a 2 años	1	0	1
Más de 2 años	1	2	3

(Tabla III- 5.2.60.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico a la muerte)

## 5.2.3.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO

## 5.2.3.1.3.1. INTENTO CONSUMADO

## MÉTODO

	Mujer	Varón
Precipitación	4	7
Ahoircadura	1	3
Ferrocarril	1	1
Medicamentos	0	1
Arma de fuego	0	1

(Tabla III- 5.2.61.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según el método empleado en su autolisis)

## LUGAR

	Mujer	Varón
Domicilio propio	4	9
Otro domicilio	1	1
Vía pública/metro	1	1
Hospital	0	2

(Tabla III- 5.2.62.: Distribución de los sujetos con contacto médico-quirúrgico según el lugar elegido para su autolisis)

## HORA

Hora	Mujer	Varón	Total
No consta	2	0	2
De 0 a 6 horas	0	3	3
De 6 a 12 horas	1	5	6
De 12 a 19 horas	2	5	7
De 19 a 24 horas	1	0	1

(Tabla III- 5.2.63.: Distribución de los sujetos que contactaron en áreas médico-quirúrgicas según la hora elegida para llevar a cabo su suicidio)

**DÍA:**

Día de la semana	Mujer	Varón	Total
Lunes	0	3	3
Martes	2	2	4
Miércoles	0	1	1
Jueves	0	2	2
Viernes	0	2	2
Sábado	2	2	4
Domingo	2	1	3

(Tabla III- 5.2.64.: Distribución de los sujetos que contactaron con el sistema sanitario en áreas médico-quirúrgicas según el día en que consumaron su suicidio)

**MES**

	Mujer	Varón	Total
Enero	2	0	2
Febrero	0	1	1
Marzo	0	2	2
Abril	1	5	6
Mayo	0	0	0
Junio	0	2	2
Julio	0	1	1
Agosto	0	0	0
Septiembre	0	1	1
Octubre	1	0	1
Noviembre	0	1	1
Diciembre	2	0	2

(Tabla III- 5.2.65.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario en las especialidades médico-quirúrgicas según el mes en que consumaron su suicidio)

**SOLICITUD DE AYUDA**

Ninguno de los sujetos con contacto sanitario de tipo médico-quirúrgico solicitó ayuda, de manera explícita o implícita, según sus familiares (Fuente del Archivo Anatómico-Forense) sin embargo al estudiar su historia sanitaria se observa en algunos casos una sintomatología claramente psicósomática, debiéndose suponer que es el entorno quien no capta la petición de auxilio.

**EXISTENCIA DE AVISO PREVIO**

	Mujer	Varón	Total
No consta	3	10	13
Sí	1	0	1
No	2	3	5

(Tabla III- 5.2.66.: Descripción de los sujetos con contacto médico-quirúrgico del área por la existencia de aviso previo)

**5.2.3.1.3.2. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS**

Tan solo una mujer de este grupo lo había intentado en una ocasión previa, el método empleado fue la precipitación.

A consecuencia de este hecho empezó a vivir con sus hijos, los cuales negaron la existencia de cualquier problemática asociada a este hecho.

## 5.2.3.2. SUJETOS CON CONTACTO DE TIPO PSIQUIATRICO

TOTAL. 34

El 46,57% de los individuos del área han estado alguna vez a lo largo de su vida en contacto con la psiquiatría asistencial.

## 5.2.3.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE ESTE GRUPO

## EDAD

Años	Mujer	Varón	Total
De 10 a 17 años	0	0	0
De 18 a 24 años	1	1	2
De 25 a 33 años	1	8	9
De 34 a 42 años	2	5	7
De 43 a 54 años	0	2	2
De 55 a 65 años	3	3	6
De 66 a 78 años	5	3	8
De 79 a 98 años	0	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.67.: Distribución de los individuos con contacto psiquiátrico según la edad a la que consumaron su suicidio)

Como se puede observar la curva de distribución en las mujeres es distinta de la de los hombres. En las primeras aumenta la frecuencia de suicidio al aumentar la edad, mientras que en los hombres es más constante con un pico en los más jóvenes.

## ANCIANOS

	%Mujer	%Varón	%Muestra
Mayor de 65	41,66	13,63	23,52

(Tabla III- 5.2. 68.: Porcentaje según el sexo de los sujetos mayores de 65 años en el grupo con contacto sanitario de tipo psiquiátrico)

## ESTADO CIVIL

	Mujer	Varón
Soltero	2	13
Casado	8	8
Viudo	2	1

(Tabla III- 5.2.69.: Distribución según el sexo y el estado civil en el grupo con contacto sanitario de tipo psiquiátrico)

La distribución es distinta en estos sujetos que en los que

no han estado en contacto con la psiquiatría: aquí la enfermedad mental afecta al estado civil de los hombres haciéndoles permanecer solteros.

#### SITUACIÓN LABORAL

	Mujer	Varón	Total
No consta	1	2	3
Trabajo fijo	1	7	8
Pensionista	4	4	8
Desempleo	1	0	1
Sin actividad definida	0	6	6
Ama de casa	5	0	5
Baja laboral	0	3	3

(Tabla III- 5.2.70.: Distribución según el sexo y la situación laboral en el grupo con contacto sanitario de tipo psiquiátrico)

Evidentemente la situación laboral tiene relación con la edad y las condiciones sociales de este grupo y por tanto existen más sujetos con trabajo que en el grupo de los sujetos con patologías médico-quirúrgicas.

#### CONVIVENCIA:

Convivencia	Mujer	Varón
No consta	1	0
Familia extensa	6	12
Familia nuclear	3	1
Solo	1	4
Otros familiares	1	1
Hospital	0	3
Cárcel	0	1

(Tabla III- 5.2.71.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según con quien convivieran en el momento de la muerte. Fuente: Archivo Instituto Anatómico Forense: Historia Social)

**PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE**  
(Fuente: Instituto Anatómico Forense)

	Mujer	Varón	Total
No consta	10	10	20
Patología orgánica	1	3	4
Afectivo sentimental	1	4	5
Pérdida de un deudo	0	1	1
Adicción drogas/alcohol	0	4	4

(Tabla III- 5.2.72.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según la problemática social acompañante)

En el 58,62% no se encuentra problemática social acompañante al fenómeno.

Es llamativo el número de varones en los que existe un componente de estrés vinculado a la esfera afectivo-sentimental: el conflicto de pareja es un dato a valorar en estos sujetos como signo de enfermedad mental, si bien hay que tener en cuenta que estos datos proceden de la información dada por la familia, que en ellos es su pareja es decir: mujeres que hacen hincapié en las relaciones de este tipo. Ya que cuando la suicida es una mujer el marido generalmente dice que no había conflictos y el suicidio es fruto de la propia enfermedad.

**PROCEDENCIA**

	Mujer	Varón	Total
No consta	1	9	10
Rural	7	8	15
Urbana	4	5	9
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.73.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según su lugar de nacimiento)

**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL MEDIO FAMILIAR DEL SUJETO**

En este grupo existen dos casos, uno de cada sexo, figurando en su historia sanitaria.

5.2.3.2.2. CARACTERISTICAS DEL CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

(Fuente: Archivo del Hospital e informes médicos existente en el Instituto Anatómico Forense)

	Mujer	Varón	Total
Sin filiar	5	12	17
Esquizofrenia	1	4	5
Psicosis	1	4	5
Síndromes depresivos	3	1	4
Transtorno de personalidad	0	1	1
En estudio	1	0	1
Ansiedad	1	0	1

(Tabla III- 5.2.74.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el diagnóstico médico)

OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

	Mujer	Varón	Total
Adicción alcohólica	0	4	4
Adicción a drogas	0	4	4
Epilepsia	0	1	1
Pérdida temprana de la madre	1	0	1
Anteced. suicidio en familia	1	1	0

(Tabla III- 5.2.75.: otros factores a tener en cuenta con respecto al diagnóstico de los enfermos que establecieron contacto con la psiquiatría a lo largo de su vida)

TIPO DE TRATAMIENTO A QUE ESTABAN SIENDO SOMETIDOS EN EL MOMENTO DEL EXITUS

	Mujer	Varón	Total
Ambulatorio psiquiátrico	8	14	22
Ingreso psiquiátrico	0	2	2
Ambulatorio médico-quirur.	1	1	2
Ingreso médico-quirur.	0	2	2
Sin tratamiento	3	3	6
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.76.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el tratamiento a que estaban siendo sometidos antes de consumir su suicidio)

"Tratamiento Ninguno": El 50% dejaron el tratamiento menos de dos meses antes.

"Tratamiento Ambulatorio Psiquiátrico": red pública:  
 .especialista: . . . . . 5

- .atención primaria: . . . . . 3
- .privada: . . . . . 9
- .sin determinar si privada o atención primaria: . . . . . 5
  
- "Ingreso psiquiátrico":
  - .Red Pública: . . . . . 2
  
- "Ambulatorio no psiquiátrico":
  - .100% atención primaria, con control de especialista
  
- "Ingreso Médico-Quirúrgico":
  - .Red Pública: . . . . . 2

**CONTACTO CON HOSPITAL PUBLICO**

**EXISTENCIA DE CONTACTO CON EL HOSPITAL DE LA RED PUBLICA (Fuente: archivo hospitalario)**

	Mujer	Varón	Total
Sí	9	13	22
No	3	9	12
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.77.: Distribución de los individuos con contacto psiquiátrico según haya existido o no contacto con el Hospital)

**TIPO DE CONTACTO CON EL HOSPITAL**

Departamento		Mujer	Varon	Total
Mixto: psiq. y med. quirurg.	Ginecología	1	0	1
	Medicina interna	0	2	2
Médico-quirúrgico	Médico	2	2	4
	Quirúrgico	0	3	3
	Mixto	2	2	4
Psiquiatría		2	4	6
Urgencias		2	0	2
No contacto		3	9	12

(Tabla III- 5.2.78.: Distribución de los sujetos que han contactado alguna vez con psiquiatría según el tipo de contacto establecido con el hospital-Departamento al que accedió)

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PRIMER CONTACTO CON EL HOSPITAL HASTA EL EXITUS**

	Mujer	Varón	Total
En el ingreso	0	1	1
De 1 a 3 meses	0	0	0
De 3 meses a 1 año	0	2	2
De 1 a 3 años	4	4	8
De 3 a 6 años	4	4	8
De 6 a 9 años	1	2	3
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>22</b>

(Tabla III- 5.2.79.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el tiempo transcurrido desde el primer contacto con el hospital y la muerte)

En el período de tiempo entre un año y seis parece que existe mayor tendencia a consumir el suicidio entre estos sujetos.

Por el contrario en los individuos cuyo contacto no fué psiquiátrico la relación entre el tiempo transcurrido y el suicidio es mucho más homogénea entre todos los intervalos.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO CONTACTO CON EL HOSPITAL HASTA EL EXITUS**

	Mujer	Varón	Total
Ingreso	0	2	2
Menos de 1 semana	0	0	0
De 1 a 4 semanas	2	1	3
De 1 a 5 meses	2	2	4
De 5 meses a 1 año	2	2	4
De 1 a 3 años	2	4	6
Más de 3 años	1	2	3
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>21</b>

(Tabla III- 5.2.80.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el tiempo transcurrido desde el último contacto con el hospital y la muerte)

En el enfermo con patología psiquiátrica grave, la visita al centro hospitalario es reciente, sin embargo en sujetos con trastornos de personalidad, psicopatías y adicción alcohólica o/y a drogas el mismo proceso que le condujo al Hospital le va alejando de él, estos sujetos son los que dejan transcurrir más tiempo desde el último contacto hospitalario al exitus.

Con respecto a la visita al especialista en psiquiatría ocurre lo mismo que con el hospital, ya que en los sujetos con sociopatía grave no existe una relación médica fuera de la red

pública por la misma marginalidad social del sujeto.

Siendo en su caso vistos en ocasiones por el médico de familia.

Veamos la distribución según el primer y el último contacto con un especialista en Psiquiatría, ya sea de zona u hospital o de régimen privado.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PRIMER CONTACTO PSIQUIATRICO HASTA EL EXITUS**

	Mujer	Varón	Total
De 1 a 3 meses	1	1	2
De 1 a 3 años	2	3	5
De 3 a 6 años	1	4	5
De 6 a 9 años	2	1	3
Más de 9 años	0	3	3
No consta	6	10	16

(Tabla III- 5.2.81.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el tiempo transcurrido desde el primer contacto con el hospital y la muerte)

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO CONTACTO CON EL SISTEMA ASISTENCIAL Y TIPO DEL MISMO**

(Fuente: Archivo Anatomico forense e Historia sanitaria)

	Asistencia	Mujer	varón	Total
Ingreso	Psiquiatrico	0	3	3
	Médico quirurgico	0	1	1
Menos de dos meses	Psiquiátrica	3	4	7
	Médico quirurgica	1	2	3
Más de dos meses	Psiquiatrica	2	3	5
	Médico quirurgica	2	1	3
Total		8	14	22

(Tabla III- 5.2.82.: Distribución de los sujetos por el tiempo transcurrido entre su última toma de contacto con el sistema sanitario, por especialidades, sólo figuran aquellos de los que tenemos constancia de este hecho a través de informes médicos)

El 45,45% acudieron al Psiquiátra menos de dos meses antes del suicidio.

El 63,63% de ellos, nos consta, que tuvieron cita con un

médico en los dos meses anteriores.

Cuatro se suicidaron durante el ingreso (tres psiquiátricos y uno médico-quirúrgico).

Seis sujetos consumaron su suicidio en los 15 primeros días tras la consulta o el ingreso.

**EDAD DE INICIO DE LOS SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS**  
(Fuente Archivo Hospital)

Mujeres: . . . . . 6  
Varones: . . . . . 12

Años	Mujer	Varón	Total
Menos de 20	1	3	4
De 20 a 30	0	3	3
De 30 a 35	1	3	4
De 55 a 60	0	2	2
de 60 a 69	4	1	5

(Tabla III- 5.2.83.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según la edad de inicio de los síntomas, para aquellos de los que tenemos constancia)

**5.2.3.2.3. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO**

**5.2.3.2.3.1. INTENTO CONSUMADO**

**METODO**

	Mujer	Varón	Total
Precipitación	5	10	15
Ahorcadura	3	4	7
Ferrocarril	1	3	4
Medicamentos	1	3	4
Arma blanca	1	0	1
Sumersión	1	0	1
Butano	0	1	1
Arma de fuego	0	1	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.84.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el método empleado)

En comparación con los enfermos que nunca estuvieron en contacto con un psiquiatra, estos son mucho más originales en sus métodos, corroborando los resultados obtenidos al respecto en el estudio de la muestra general.

## LUGAR

	Mujer	Varón	Total
Domicilio propio	10	11	21
Otro domicilio	0	1	1
Vía pública/metro	1	3	4
Vía pública lejos	1	4	5
Hospital	0	3	3

(Tabla III- 5.2.85.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el lugar elegido para su autolisis)

## HORA

Hora	Mujer	Varón	Total
No consta	1	4	5
De 0 a 6 horas	2	6	8
De 6 a 12 horas	6	3	9
De 12 a 19 horas	2	6	8
De 19 a 24 horas	1	3	4

(Tabla III- 5.2.86.: Distribución de los sujetos que contactaron con psiquiatría según la hora elegida para llevar a cabo su suicidio)

## DIA

Día de la semana	Mujer	Varón	Total
Lunes	1	2	3
Martes	3	2	5
Miércoles	2	7	9
Jueves	2	5	7
Viernes	1	2	3
Sábado	1	4	5
Domingo	2	0	2

(Tabla III- 5.2.87.: Distribución de los sujetos que contactaron con psiquiatría según el día en que consumaron su suicidio)

## MES

	Mujer	Varón	Total
Enero	3	2	5
Febrero	0	1	1
Marzo	1	1	2
Abril	2	1	3
Mayo	1	3	4
Junio	1	4	5
Julio	0	1	1
Agosto	0	2	2
Septiembre	1	3	4
Octubre	1	0	1
Noviembre	2	1	3
Diciembre	0	3	3

(Tabla III- 5.2.88.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según el mes en que consumaron su suicidio)

## SOLICITUD DE AYUDA

	Mujer	Varón	Total
No	12	19	31
Sí, explícita	0	2	2
Sí, implícita	0	1	1

(Tabla III- 5.2.89.: Distribución de los sujetos con contacto psiquiátrico según su petición de ayuda previa a la consumación del suicidio)

## AVISO PREVIO

	Mujer	Varón	Total
No consta	9	15	14
Sí	0	4	4
No	3	3	6

(Tabla III- 5.2.90.: Descripción de los sujetos con contacto psiquiátrico del área por la existencia de aviso previo)

## 5.2.3.2.3.2. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

NUMERO DE INTENTOS PREVIOS  
(Fuente: Anatomico-Forense)

	Mujer	Varón	Total
Ninguno	10	18	28
De 1 a 2	0	2	2
Más de 3	2	2	4
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.91.: Distribución de sujetos con contacto psiquiátrico por el número de intentos de suicidio previos, según la información dada por los familiares)

(FUENTE: Historia Psiquiátrica de siete sujetos)

	Mujer	Varón	Total
Ideas autolíticas	1	1	2
De 1 a 2	0	3	3
Más de 3	1	1	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

(Tabla III- 5.2.92.: Distribución de sujetos con contacto psiquiátrico según el número de intentos previos de suicidio según su historia sanitaria)

Tres de estos individuos tienen según su historia psiquiátrica antecedentes de suicidio que a su vez son negados por la familia.

En un caso la Historia psiquiátrica refiere la no existencia de intentos previos aunque su familia cita que lo intentó en más de tres ocasiones.

El resultado final es el siguiente:

	Mujer	Varón	Total
Ninguno	8	14	22
Ideas autolíticas	1	1	2
De 1 a 2	0	4	4
Más de 3	3	3	6
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>34</b>

(Tabla III- 5.2.93.: Distribución de sujetos con contacto psiquiátrico según las conductas suicidas previas al suicidio consumado)

El 35,29% de los sujetos con antecedentes de tratamiento

psiquiátrico han tenido algún tipo de conducta suicida.

**METODO EN EL INTENTO PREVIO**

Mujeres: . . . . . 3  
 Hombres: . . . . . 7

	Mujer	Varón	Total
Precipitación	0	1	1
Medicamentos	2	2	4
Ahorcadura	0	1	1
No consta	1	3	4
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

(Tabla III- 5.2.94.: Distribución de sujetos con contacto psiquiátrico según el método del intento previo a la consumación del suicidio, en el caso de que existiese)

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO INTENTO HASTA LA MUERTE**

	Mujer	Varón	Total
No consta	2	2	4
Menos de 3 meses	0	2	2
De 3 meses a 1 año	0	2	2
Más de 1 año	1	1	2
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

(Tabla III- 5.2.95.: Distribución de los sujetos con contacto sanitario por el tiempo transcurrido desde el intento previo a la muerte, en aquellos en que este se produjo)

**INTENTO PREVIO DE SUICIDIO Y DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO**

	Mujer	Varón	Total
Esquizofrenia	1	3	4
Psicosis afectiva	0	1	1
Transt. personalidad y/o adicc. drogas	0	2	2
Depresión neurótica	1	0	1
Sin filiar	1	1	2

(Tabla III- 5.2.96.: Descripción de los sujetos que eran reincidentes en el intento de suicidio según el diagnóstico psiquiátrico y su sexo)

Los dos sujetos con ideas autolíticas habían sido diagnosticados de:

Mujer: Depresión Neurótica.  
 Hombre: Psicosis y alcoholismo.

#### IV.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS MISMOS

##### 1.- DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO SUICIDIO CONSUMADO EN NUESTRO MEDIO

- 1.0.- DISTRIBUCIONES PORCENTUALES: TASAS
- 1.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES
- 1.2.- CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO
- 1.3.- CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO SANITARIO
- 1.4.- CARACTERÍSTICAS DE LAS CONDICIONES ATMOSFÉRICAS
- 1.5.- SUJETOS EN RIESGO

##### 1.0.- DISTRIBUCIONES PORCENTUALES: TASAS

La población Madrileña en 1991 según el Padrón Municipal era de 3.010.492 habitantes.

En ese año se produjeron 275 suicidios (el nivel más bajo de los tres años estudiados), lo que da una tasa de 9,13 suicidios por 100.000 habitantes.

En 1990 esta tasa fue de 10,16 por 100.000 habitantes y en 1989 de 9,20, según se puede ver en la tabla adjunta:

	Tasa municipal (/100.000 )	Tasa en el Área Sanitaria
1989	9,20	4,12
1990	10,16	4,30
1991	9,13	4,66

(Tabla 1.1. Distribución de las tasas de suicidio consumado por años en el municipio de Madrid y en el área sanitaria estudiada)

LA TASA OBTENIDA EN EL ÁREA SANITARIA NO ES REAL, DEBIDO A LA DISMINUCIÓN EN EL NUMERO DE SUJETOS POR NO PERMITIRSE EL ACCESO A LOS DATOS DE FILIACIÓN DE 282 SUICIDAS (Como ya se ha explicado en el apartado correspondiente al Área Sanitaria).

##### COMPARACIÓN CON ESTADÍSTICAS OFICIALES:

Comparando estos resultados con las ESTADÍSTICAS OFICIALES que cifran los suicidios consumados alrededor de 5/100.000 habitantes en la comunidad autónoma de Madrid es obvio que el sistema de recogida de los datos oficiales no es correcto. ~~Q~~ debido a que los partes de suicidio obligatoriamente cumplimentados por las oficinas judiciales no recogen la realidad fielmente, sino que, careciendo de utilidad directa para el que lo hace, se rellenan de forma rutinaria y en ocasiones errónea.

Obtenemos los mismos resultados y coincidimos en las conclusiones de Aso Escario y sus colaboradores en Zaragoza<sup>91</sup>.

## COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS SOBRE MADRID:

Comparando los resultados con los escasos estudios sobre el tema en nuestra ciudad la tasa obtenida por nosotros es la más elevada, (ver De las Heras), podría pensarse en un aumento exagerado del número de suicidios consumados en los últimos años, pero más bien nos inclinamos a pensar en que el sistema de recogida de los datos en esos estudios ha sido distinto, perdiéndose información.

## COMPARACIÓN CON ESTUDIOS DE OTROS PAÍSES:

Para poder establecer esta comparación nuestras tasas han de tomarse sobre la población real mayor de 15 años, que, en los años en que se llevó a cabo nuestro estudio era de exactamente 2.551.610 personas, lo que hace una tasa media para esos años de 11,21 suicidios consumados por 100.000 habitantes mayores de esta edad. Siendo para los varones de 16,31 por 100.000 varones mayores de 15 años y para las mujeres de 6,81 para igual número de mujeres mayores también de 15 años.

	Varón	Mujer	Total
Mayor de 15 años	1.181.148	1.370.462	2.551.610
Tasa de suicidio	16,31	6,81	11,21

(Tabla 1.2. Distribución de la tasa de suicidio en personas mayores de 15 años según nuestro estudio)

	Varón	Mujer	Total
Tasa de suicidio (media europea 1984)	33,8	12,2	23,00

(Tabla 1.3. Tasa de suicidio europea en personas mayores de 15 años según Platt (ver nota 16))

Como puede observarse los valores obtenidos en nuestro medio distan mucho de constituir un problema de magnitud semejante al de países tales como Hungría (87,3 para los hombres y 32,2 para las mujeres), Austria (50,1 y 17,8 respectivamente) o Finlandia (51,9 y 12,3).

Incluso para Francia nuestros valores son pequeños.

Para la mayoría de los autores que estudian el fenómeno a nivel internacional son obvias las características propias que cada país confiere al fenómeno. La evolución de las tasa de suicidio no es la misma ni siquiera en países con una tradición cultural parecida y una historia reciente común.

Citando una reciente publicación diremos que la mayor tasa

de suicidio en los años 90 la tiene Dinamarca en la comunidad económica europea, y Hungría en el Este, el aumento de las tasas de mortalidad por suicidio aumentó de manera constante para los hombres hasta 1980 y para las mujeres sigue haciéndolo. Es muy difícil evaluar si el bajo índice de suicidios en Grecia, Italia, Irlanda y España es sólo debido al sistema de recogida de la información o quizá a otras condiciones aún no bien identificadas (<sup>92</sup>).

La tendencia al aumento ya es constatable en países de la cuenca mediterránea como Italia donde en los últimos años ha aumentado el número de suicidios en más de mil muertes por año (D'Avanzo <sup>93</sup>, La Vecchi<sup>94</sup>).

Por tanto más que comparar hemos de identificar el fenómeno tal y como se presenta entre nosotros, ya que soluciones válidas para un entorno pueden no serlo para otro, aunque todo hace suponer que en nuestro país, lejos de ser controlado, el suicidio ha de ir en aumento.

## 1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

### 1.1.1. SEXO

La razón hombre mujer en nuestro estudio es de 2,06 para la totalidad de la población suicida, si bien este índice varía si clasificamos a los sujetos en función del resto de las variables estudiadas: Los hombres y las mujeres se distinguen claramente en su comportamiento suicida, no siguen las mismas curvas de edad, incluso para la misma edad se diferencian en los métodos empleados, móviles y condiciones externas e internas del acto.

La edad media de suicidio para las mujeres es más elevada que para los hombres. En la primera etapa el número de suicidas es, con diferencia, mayor para los hombres. Aumentando en las mujeres a partir de los 45 (etapa que en los hombres disminuye) sin dejar de ser superada por el varón en cuanto a la frecuencia y vuelve a elevarse en estos a partir de los 65. Estos datos concuerdan con la mayor parte de la bibliografía consultada.

Las variables sexo, edad y estado civil están íntimamente ligadas, de forma que el suicidio se presentará en un hombre soltero joven o en una mujer viuda anciana.

Dependiendo de la edad y sexo del individuo el estado civil es variable explicativa del suicidio y modula a su vez a las demás variables socioeconómicas, incluso, a las características del propio suicidio, esto es: el método, el lugar y hora; la existencia de intentos previos y las características de los mismos.

1.1.2. EDAD

ADOLESCENTES y JÓVENES

La tasa municipal de suicidio entre los diez y los 20 años es de 2,51/100.000 habitantes de esa edad.

Este grupo tiene una manera diferente de entender el suicidio. En la edad juvenil parece ser más una reacción frente a los otros que un dejar de existir, el sujeto se suicida como respuesta al entorno<sup>95</sup> más que habiendo perdido la esperanza con respecto a los otros como ocurre en los ancianos.

Si incluimos a los sujetos menores de 24 años en este grupo, la mayoría de ellos se encontraban estudiando, la caracterización viene dada por el estado civil: todos están solteros. Conviven con su familia original (principalmente) o bien con amigos (constituyendo el 50% de esta categoría).

No están en tratamiento y no se les adjudica ninguna problemática.

Eso sí, ellos son la única clase de todos los suicidas que tiene un valor significativamente más alto para la variable: escrito explicativo.

Pocos suicidas de los estratos de edad superiores dejan un mensaje, explicando su hecho.

A los jóvenes les gusta hacerlo, sobre todo si no padecen una psicopatía grave.

El 19,64 % lo hace en Septiembre, hemos comprobado que es en estos sujetos en los que existe un fracaso escolar y una sobrexigencia familiar en los estudios.

Conviene a modo meramente ilustrativo recoger aquí los motivos de tal acto, para aquellos en que nos fue posible su recogida, (claro esta):

	Varones	Mujeres
<b>PSICOPATOLOGÍA</b>		
Esquizofrenia	2	0
Psicosis maniaco-depres.	1	0
Antec. ingreso psiquiat.	2	3
Tto. Ambulatorio psiqui.	12	2
<b>PÉRDIDA DE UN DEUDO</b>		
Muerte del novio	0	1
Muerte de un hermano	1	0
<b>OTROS</b>		
Discusión con pareja	2	0
Hacer serv. militar	1	0
Fuga de domicilio	1	0
Fracaso escolar	0	5
Muerte de su pájaro	1	0
Multa de tráfico	1	0

(Tabla 1.4.: Suceso desencadenante del suicidio en jóvenes estudiantes)

La tabla anterior es reproducción de la aparecida en el capítulo de resultados.

Como se puede observar el abanico de posibilidades es amplio, y en ningún caso el familiar trata los conflictos familiares, pero sí se identifica una circunstancia estresante en el pasado próximo del suicida juvenil.

Con respecto a los métodos empleados estos no son homogéneos pero se caracterizan por lo violentos.

Algunos típicamente asociados a psicopatología producidos con ensañamiento, manifestando la enorme tendencia autodestructiva: Puñalada en el corazón, métodos combinando arma blanca, medicamentos y también autoincineraciones, estos preferiblemente en varones, siendo más femenina la precipitación.

Hay que destacar su tendencia al arma de fuego, el porcentaje de estudiantes que la utilizan supera en tres puntos a la de la muestra global: en total fueron siete de los cincuenta y seis los que la usaron.

Las tentativas anteriores eran más frecuentes entre los varones que entre las chicas. Pero su porcentaje es más pequeño que en otros estratos de edad.

La bibliografía sobre el tema es amplia en los últimos años,

tratando ,sobre todo, la ideación suicida y los intentos frustrados. (Ver Rey ver nota 44 y su estudio sobre la incidencia del riesgo clasificado por edades, psicopatología y sexo).

La mayoría de los aspectos tratados por los diferentes autores no han podido confirmarse en nuestro estudio por no ser el método adecuado para la valoración de estas situaciones aunque todos coinciden en señalar el aumento de suicidios entre los más jóvenes, sobre todo en los países anglosajones (Liu, Waterborg<sup>96</sup>). Así como su asociación a abusos por parte de los padres<sup>97</sup>.

En tres casos la problemática asociada eran los problemas familiares.

Este grupo de suicidas es tan peculiar que ha salido caracterizado como tal en el análisis cluster, correspondiendo a la clase nº4.

Definida con alta significación, este grupo recoge a los jóvenes comprendidos entre los 10-17 años y los 18-24, estudiantes, solteros que no están en tratamiento, que conviven con su familia original o bien con amigos (piso de estudiantes).

Tienen como costumbre dejar un escrito explicando el hecho (frente a la inmensa mayoría de los grupos de otra edad y condición que no lo hacen).

Escritos del tipo: "Ya no me llamas más gorda"(de una muchacha a su madre), "No puedo seguir sacrificándoos" (de un hijo que fracasa en sus estudios a sus padres en el pueblo), o un carta a un pajarero muerto son ejemplos de los mismos.

La información suministrada por los familiares encuestados es muy escueta: la mayoría no se creen que el hecho haya sido voluntario y más en este grupo que en el resto existen resistencias a ser entrevistados.

Las condiciones sociológicas comentadas por otros autores con respecto a este grupo de población suicida (Desintegración familiar, experiencias sexuales precoces, antecedentes de agresión sexual, pérdida temprana de la figura paterna) no han podido ser contrastadas.

Si bien a efectos de observación personal de los casos en muchos de ellos se detecta una psicopatología de base que la familia niega, todos ellos son jóvenes solitarios, poco habladores con escasos o ningún amigo, con padres autoritarios que "conocían muy bien" a sus hijos, malos estudiantes.

Aunque esto no pasa de ser una mera apreciación personal a partir de las entrevistas y de los informes de autopsia en los que el Forense competente era bastante más explícito, por regla general, que en el resto de los suicidios; se entiende que motivado por la alta carga emocional y alarma que produce en el medio social la autólisis consumada de un joven.

## ANCIANOS

	%Población General	%Población Suicida	%Población Suicida(Área)
Mayor de 65	15,06	34,46	39,72
Mayor de 75	6,13	18,93	20,54

(Tabla 1.5.: Distribución de la población mayor de 65 y 75 años según las distintas muestras obtenidas)

La tasa de suicidio en el municipio para los mayores de 65 años es de: 18,45/100.000 habitantes, cifra que supera las tasas para la población general.

Es admitido por la mayoría de los autores que los ancianos poseen el mayor porcentaje de suicidios consumados, si bien entre ellos no ocupa los primeros puestos entre las causas de muerte.

Tienen un mayor empeño en morir, como se deduce de su utilización de métodos más violentos.

La evolución según la edad de los sentimientos con respecto al suicidio se traduce en las cifras reales: de los cincuenta a los sesenta los hombres adquieren un mayor sentimiento negativo con respecto al propio suicidio, mientras que en las mujeres este se vuelve positivo ("sería probable que me matase").

A partir de los 65 hombres y mujeres igualan su vivencia del propio suicidio en favor de este.

Entre las causas determinantes se encuentran la pérdida de esperanza, la enfermedad orgánica grave, la soledad, el abuso del alcohol y las enfermedades mentales del tipo depresivo (ver nota 28).

Comprobamos el diferente comportamiento según los sexos en las edades más avanzadas presentados por autores como Mc Namee, Diekstra, Demeter, etc.

Y por supuesto no estamos de acuerdo con Carney<sup>98</sup> a la hora de igualar la conducta suicida y las condiciones socioculturales y clínicas de ambos sexos por encima de los sesenta años.

Cuando un joven se suicida el motivo puede ser la enfermedad mental, un desengaño afectivo o un conflicto grave con el medio que le rodea, en general el individuo entra en conflicto con el medio externo y opta por el suicidio.

El anciano se suicida más por los conflictos en su microcosmos, su entorno reducido a lo que hay a pocos metros de él o en su interior.

La persona mayor no precisa más que poder ser autónomo, y la enfermedad viene a romper esa delicada estructura vital que

es la del anciano, soportada sobre escasos pilares: sus cosas, su yo, su costumbre.

La soledad y el aislamiento social del sujeto anciano explica la falta de aviso previo en estas edades.

Los de edad más avanzada tienden a hacerlo durante el día y los jóvenes en horas nocturnas o en la tarde noche.

Este hallazgo tiene relación con las costumbres de la edad y el tipo de convivencia que mantenía el sujeto.

### 1.1.3. ESTADO CIVIL

Hemos comprobado y lo recoge la literatura que es mayor la proporción de suicidios entre los solteros que entre los casados y significativamente más alta para los divorciados que para estas dos categorías, siendo una variable que determina más en los hombres que en las mujeres, comprobándose así lo planteado por Davidson (Ver nota bibliográfica 30).

En nuestro estudio la relación sexo/ estado civil fue significativa estadísticamente: los hombres solteros y las mujeres viudas.

#### SOLTEROS

El porcentaje de sujetos no solteros en Madrid es del 63,83 %.

Entre los suicidas dicha proporción es del 59,28 %.

Comparando ambos porcentajes se observa una mayor tendencia al suicidio entre los solteros, hecho no nuevo y que ha sido ampliamente demostrado en otros estudios en cualquier país del mundo (Rosa<sup>99</sup>, Sorenson ver nota 47, Noyes<sup>100</sup> ).

La variable "Estado Civil" en el suicidio está íntimamente relacionada con el sexo y la edad del suicida, a su vez ella "explica" al resto de las variables socioculturales del suicidio, incluso a cómo se lleva a cabo este, el método, el lugar y la hora.

Por tanto, para facilitar la comprensión del fenómeno es preferible su abordaje en el apartado de grupos de riesgo.

#### VIUDOS

Asociado a través de la edad con el aumento de la patología orgánica. La viduedad condiciona también una selectiva mirada hacia la patología propia. Es usual encontrar a viudos y viudas (más estas, por ser mayor su número) que acuden al médico generalista o de familia con inusitada frecuencia.

El fenómeno, estudiado por diversos autores, se explica por

la vivencia aumentada de la soledad. El "ensimismamiento", como decía Cervantes "hace a uno perder el seso". En el fondo es muy importante no dejarse llevar por las apariencias e investigar a fondo la existencia de una psicopatología en el seno de la demanda reiterada de tratamiento médico, a cualquier edad y condición del paciente, pero con más intensidad en los ancianos y más si han perdido a su pareja como en este caso.

#### 1.1.4. SITUACIÓN LABORAL

Esta variable es significativa en cuanto al sexo.

En el estudio estadístico la Situación Laboral ha resultado ser una de las componentes principales a la hora de definir el suicidio, por tanto será correctamente evaluada en el apartado de sujetos en riesgo.

En Madrid el suicidio más frecuente es el del jubilado, ya sea hombre o mujer.

Los sujetos con trabajo fijo son hombres en su mayoría y solteros en un alto porcentaje.

Las amas de casa son el tercer grupo en importancia y si consideramos que de estas la totalidad son mujeres hemos de constatar la importancia de este sector a la hora de evaluar sujetos en riesgo.

En nuestro estudio el porcentaje de desempleados ha sido muy bajo por lo que no lo consideramos un factor de riesgo,

Sin embargo los sujetos "sin actividad definida" que es un grupo, integrado fundamentalmente por hombres, sí constituyen un grupo importante: Son sujetos caracterizados por la marginalidad, sus familias en la entrevista realizada en el Instituto Anatómico-Forense no hablan de desempleo, sino de problemas judiciales y/o drogas. Siendo reseñables, a efectos de una mejor comprensión, las consideraciones realizadas por Lester<sup>101</sup> a propósito de la relación entre violencia homicida y suicida como expresiones de un mismo fenómeno.

La variable "problemática social asociada" en este grupo de sujetos no es la falta de trabajo, sino la adicción a drogas o/y alcohol, la enfermedad mental grave o la sociopatía.

El 27,78 % de los que están en desempleo sin subsidio utilizan el método: Sobredosis Medicamentosa.

Hay que considerar que sujetos sin subsidio y desempleados son más frecuentemente los próximos a la marginalidad, las mujeres y los enfermos mentales.

Desde este punto de vista se entiende la correlación: Vivir sólo y estar desempleado.

El desempleo tradicionalmente ha sido considerado como un índice estrechamente relacionado con la tasa de suicidio de una sociedad, para muchos ambos parámetros están íntimamente ligados (Crepet<sup>102</sup>).

Siendo de destacar los estudios que Platt<sup>103</sup>, y de este junto con Kreitman (ver nota bibliográfica 31) en torno a este problema, en el sentido de la positividad en la correlación de ambos parámetros, hecho comprobado por el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, para casi todos los países implicados en el estudio.

Si es cierta dicha relación, no lo es menos el progresivo cambio de la sociedad en que la nos encontramos, donde estar desempleado no tiene una relación directa con el grado de limitación individual para encontrar un empleo, sino que su explicación es bastante más compleja.

Standish-Barry y col ( ver nota bibliográfica 37) han encontrado una relación directa positiva entre desempleo y suicidio (mejor: conducta suicida) en el estrato correspondiente a varones de 55 a 59 años, siendo de orden negativo la encontrada entre mujeres entre 20 y 25 años.

Coincidimos con Harvey (ver nota bibliográfica 32), en que estos sujetos son a menudo desempleados, no quedando al final nada claro si ese hecho es consecuencia o causa de la trayectoria vital del sujeto.

A modo de ejemplo: En nuestra muestra los cinco sujetos que respondían a las categorías desempleado sin subsidio y método elegido: fármacos, se distribuían del siguiente modo:

- Varones: 5
- Solteros: 3 entre los 18 y 26 años
- Divorciados: 2 De 46 y 53 años, respectivamente

Dos tenían tratamiento psiquiátrico: Uno de ellos por psicosis maníaco depresiva, en el otro no consta.

Existe un caso de adicción a drogas.

Si hacemos la comparación de resultados con otras clases:

Comparando los porcentajes entre este método y la precipitación, se observa que es mucho mayor el desempleo sin subsidio entre los sujetos que utilizaron fármacos que entre los que usaron un método duro cómo es la precipitación.

#### 1.1.5. CONVIVENCIA

Fundamentalmente el tipo de convivencia de los sujetos estudiados es en familia extensa.

En esta variable es muy numeroso el grupo en el que no nos consta con quien convivía el suicida.

Sin embargo la categoría "solo" constituyendo el 12,35% de la totalidad de los sujetos sí tiene sentido a la hora de identificar un tipo de suicidio, cargado de desarraigo social y de métodos pasivos.

Interpretada en función de otras variables como la hora del suicidio y el lugar nos aventuramos a pensar que gran parte de los sujetos caracterizados como "No Consta el tipo de convivencia", en realidad vivían solos o con compañía no estable.

#### 1.1.6. PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE

Esta variable cuenta con la información facilitada por el familiar entrevistado en el Instituto Anatómico-Forense.

En el 59,91% de los casos no les consta ningún problema.

Careciendo de sentido estadístico (por lo pequeño de la muestra), hemos comprobado en los sujetos en los que se tuvo acceso a la historia clínica del sujeto que el entorno social niega muchas veces la existencia de problemas ya que su reconocimiento podría suponer la asunción de un fallo en la relación con el sujeto. Esto es claro en el suicidio juvenil.

En el suicidio del anciano y del ama de casa existe en más ocasiones de lo esperado el auténtico desconocimiento de la problemática, pero en estos se niega de forma categórica.

El soltero que se suicida no tenía problemas si tenía trabajo.

El ama de casa no los tiene, por principio, al igual que el anciano y a lo sumo, se echa la culpa del suicidio a sus dolencias físicas (12,12%).

El enfermo psiquiátrico, sea cual sea su diagnóstico, no tiene problemas: su enfermedad es la responsable.

Los problemas económicos constituyen tan solo el 2,10%, cifra un poco inferior al porcentaje de los que relacionan el suicidio con la pérdida de un ser querido (2,56%).

El 9,44% tenían problemas de adicción a drogas y/o alcohol y judiciales.

Por tanto a la vista de estos resultados y como refuerzo de lo que se verá en el apartado de sujetos en riesgo cabe destacar que es necesario prestar una gran atención a los grupos con patología no psiquiátrica y a los adictos a drogas.

A nuestro entender esta es la pregunta de todo el protocolo que mejor expresa cómo vive el medio social del suicida su muerte. Si se encuentra una respuesta que justifique el hecho, la familia realiza el duelo más fácilmente.

El suicidio de un adicto a drogas que durante años ha maltratado a su entorno, no es vivido igual que el de un adolescente con carta "culpabilizadora".

Es en esas circunstancias cuando el sujeto más próximo pregunta más que responde a esta cuestión. Es necesario encontrar una respuesta para no sentirse culpable.

Hay ocasiones en que ni en este momento el entorno reflexiona: el sujeto con familia, con nivel económico estable, que a lo sumo se encuentra en tratamiento psiquiátrico ambulatorio con ansiolíticos. Es en ese tipo de sujetos en el que nos encontramos el no categórico y el ¿por qué nos ha hecho esto? autorrefencial.

Con respecto a la problemática combinada cabe señalar que se recoge en ella dos tipos de sujetos, de uno los señalados por la modalidad convivencia en institución y de otro los de situación laboral:desempleado sin subsidio. En ambos grupos tienen una gran preponderancia los sujetos de edades entre los 24 y los 33 años, caracterizados por problemas con la legalidad, adición a drogas y marginalidad.

Existen otros sujetos de más edad que presentan también problemática combinada, suelen tener una dependencia alcoholica y son los problemas economicos o/y familiares sus principales preocupaciones. Tanto en unos como en otros nos podríamos preguntar con Meninger dónde empieza la agresión al medio social y donde al propio sujeto.

¿Son, quizá, expresión de un mismo hecho, originado, como él dice, en una búsqueda incansable de la muerte cuyas raíces más profundas se encuentran en la infancia?.

El hecho está ahí y nos limitamos a exponerlo.

#### 1.1.7. PROCEDENCIA

El medio donde el sujeto ha nacido y sobre todo donde ha vivido su infancia va a modificar las variables que caracterizan al hecho del suicidio en sí.

Los sujetos de procedencia rural tienden a suicidarse ahorcándose o tirándose al río.

El número de sujetos con esta procedencia que padecían una patología orgánica o no tuvieron contacto sanitario asistencial es superior a la de los de procedencia urbana.

Dudamos de que la variable "procedencia" caracterice por sí misma al suicidio. Más bien parece lógico pensar que, dadas las peculiaridades demográficas de nuestra ciudad, la edad y la zona de Madrid donde se viva condicionen este y ya que la ocupación de determinados distritos urbanos se realizó en los años 60 y 70 a partir de inmigrantes, lo aparecido sea más un sesgo que una evidencia.

### 1.1.8. ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL MEDIO FAMILIAR DEL SUJETO

Sólo 13 sujetos tenían antecedentes de suicidio en familiares próximos. El porcentaje, pues, no llega al 1,5%.

No podemos afirmar que este hecho influya, aunque ni siquiera lo hemos encontrado recogido en las historias psiquiátricas a las que hemos tenido acceso tampoco nos atrevemos a negarlo categóricamente, es posible que sea más un factor que influya en los intentos no consumados más mediatizados por el aprendizaje y fenómenos de imitación (Thomssen<sup>104</sup>).

Según el Método empleado se observa que: La presencia de antecedentes familiares de suicidio es más elevada en la ahorcadura que en los precipitados (1,87% frente al 0,76%).

Sin embargo, los que usan medicamentos lo presentan en el 3,44%. Aunque para ningún grupo existe una relación estadísticamente significativa con respecto a esta variable.

- No se comprueba que el 24,8% de los suicidas tengan antecedentes familiares de suicidio (ver Sorenson nota bibliográfica 47) ni aún para el método que más lo presenta que es el de sobredosis de fármacos.

## 1.2. CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO

### 1.2.1. INTENTO CONSUMADO

#### 1.2.1.1. MÉTODO EMPLEADO

El método es una de las variables que sirven para caracterizar a la población suicida.

Cada grupo definido tiene preferencia por un método y por tanto alrededor de cada una de las categorías se agrupan las distintas características socioculturales y sanitarias exploradas.

El 48,6% de nuestra muestra utilizó la PRECIPITACIÓN lo que nos concede una peculiaridad sobre otros países (ver: Hu<sup>105</sup>, Haberhauer<sup>106</sup>, De Leo -nota bibliográfica 28).

El 20,75% la AHORCADURA, y tan solo el 7,34 la SOBREDOSIS MEDICAMENTOSA.

Si la elección del método depende del deseo de muerte es lógico pensar que los métodos seleccionados sean los más duros.

La condición de fácil acceso al método explica el bajo porcentaje de empleo del arma de fuego, sólo limitado a aquellos sujetos que disponen de un arma por razones de trabajo (vigilantes jurados, militares...) o lúdicas (cazadores).

Cuatro mujeres emplearon este método y de ellas solo una

(extranjera) era propietaria de la misma.

Según el método empleado las variables que son significativas respecto a él son las siguientes:

**ARMA DE FUEGO (9,79%)**

- Varones
- Con trabajo fijo o en el servicio militar
- No estaban en tratamiento
- Se suicidan en el trabajo
- En el mes de Febrero.

Como ya se ha expuesto en el apartado de resultados este grupo esta formado en un alto porcentaje por vigilantes jurados. La preferencia por el mes de Febrero nos habla (al igual que las características atmosféricas en relación a estos suicidios) de días fríos donde el sujeto no sale a pasear durante las horas del trabajo, está solo y posee un arma.

Son sujetos con escaso soporte social, no constando petición de ayuda en ninguno de ellos <sup>107</sup>.

Los que estaban haciendo el servicio militar se suicidaron en los años 90 y 91 en los meses de Septiembre y Dic-Enero.

Del colectivo de hombres que utilizaron este método todos tenían un arma entre sus herramientas de trabajo: policias, guardias civiles, militares, vigilantes jurados y en ocasiones los soldados.

Los resultados no hacen sino corroborar el hecho demostrado de la relación método-condiciones sociales. En España no es habitual la posesión de un arma, tan solo aquellos que por su profesión la necesitan o bien los cazadores. Culturalmente la sociedad española no convive con ellas y por lo tanto este hecho tiene traducción en el presente estudio. Las estadísticas americanas, canadienses o incluso, aunque en menor medida, las de los países centroeuropeos (Henriksson<sup>108</sup>) tienen muy poco que ver en este aspecto con las nuestras. Cabría plantearse si el método del suicidio así como su prevalencia en la población no serán marcadores sociales importantes del tipo de sociedad estudiada así como de la evolución de sus costumbres y adquisición de patrones de conducta nuevos a través de los medios de comunicación. Del tradicional ahorcarse (primario, violento) al sofisticado método por medicamentos (donde el espacio se dispone con precisión estética, suave, no doloroso) hay una gran distancia sociocultural.

**ARMA BLANCA (1,86%)**

- No es caracterizada de forma significativa por ninguna variable.
- Tendencia mayor en las mujeres.

### **CÁUSTICOS (1,63%)**

- Relación laboral (amas de casa y jardineros).
- Parece tender a disminuir su uso.
- Asociado a perturbación mental, adicción a drogas y bajo nivel social.
- Sigue un ritmo estacional: Primavera-Otoño (Principalmente en Marzo).

Por su evolución a lo largo de los tres años del estudio se podría suponer una tendencia a la disminución de este método en la casuística, (de igual modo a como lo han comprobado otros investigadores (Ver Sovljanski<sup>109</sup>. 1988).

Por el tipo de producto empleado la clasificación demuestra el grado de familiaridad que el sujeto posee con el medio que emplea, al ser un método extraordinariamente violento y doloroso se atribuye a quien lo emplea la perturbación, mayor si cabe, de sus facultades o a decir de algunos la desesperación suprema.... El producto más usado fue el AGUAFUERTE, seguido de la LEJIA y del ALCOHOL METILICO. El jardinero usó una mezcla de plaguicida y fertilizante.

En orden a la PROBLEMATICA SOCIAL no consta en ninguno salvo en dos casos que existe adicción a drogas y/o alcohol.

Su distribución a lo largo de los tres años es siempre la misma: Primavera-Otoño, Todos se encuentran entre Febrero y Marzo y en menor medida entre Septiembre y Octubre. No tiene relevancia a nivel de la población general de suicidas pero sí pone de manifiesto su evolución cíclica siguiendo los ritmos estacionales de determinadas patologías psiquiátricas.

### **MONÓXIDO DE CARBONO Y BUTANO (1,40%)**

- Tienen trabajo fijo: 66,67%
- Los hombres utilizan el garage, las mujeres la casa.
- Son solteros o divorciados.
- Las condiciones que exige el método son alta premeditación y soledad para ser eficaz.

### **MEDICAMENTOS (7,34%)**

- Tratamiento: Ambulatorio psiquiátrico.
- Tendencia: Sexo femenino.
- Si se suicidan por este método, lo han intentado antes con él.
- Viven en soledad.

Podemos aceptar la hipótesis de que el enfermo en tratamiento ambulatorio psiquiátrico es el que más emplea la sobredosificación como método de autolisis, siendo este planteamiento

estadísticamente válido entre los suicidios consumados en Madrid.

La reducción de este tipo de suicidios pasa ineludiblemente por el empleo de fármacos más seguros. Siguiendo las palabras de Kreitman : "La reducción en la capacidad de éxito de un método de suicidio, tiene su traducción a corto plazo en el descenso de las tasas de suicidio para la población general" (Ver nota bibliográfica 12).

De ahí la importancia de considerar, previamente al establecimiento de una farmacoterapia de este tipo, grado de necesidad, vigilancia, control en su administración y dosis letal del mismo.

Es de destacar que entre nuestra población de suicidas una gran mayoría están bajo el control exclusivo de su médico de cabecera, lo cual implica a la vista de los resultados la necesaria toma de conciencia, por parte de estos profesionales, del problema a fin de mejorar las condiciones de prescripción de los psicofármacos (Beaumont<sup>110</sup>).

En relación a la existencia o no de intentos previos:

El 19,05% de los que consiguen su propósito con fármacos lo han intentado antes por el mismo sistema sin tanto éxito.

El 22,64% de los que utilizaron la vez precedente medicinas lo consiguen en esta nueva ocasión.

El método utilizado con anterioridad es con gran diferencia el de los FÁRMACOS. La mayoría están en tratamiento psiquiátrico la asistencia sanitaria fue leve o no consta, el tiempo transcurrido entre el intento anterior y este se encuentra a favor del primer mes, aunque la información es escasa. y el número de tentativas es mayor de cuatro en la mayoría, datos en concordancia con lo observado por Maurice<sup>111</sup> en Burdeos.

Se comprueba que el sujeto que comete su suicidio por este procedimiento, si lo intentó antes, es fácil que lo hiciera por el mismo sistema, pero no al contrario.

El 25,40% de los que viven solos utilizan este método, así como el 15,09% de los que lo utilizan viven solos. para dar la correcta interpretación a este resultado hay que tener en cuenta:

Mientras que la relación Hombres/mujeres se mantiene en el sector de "convivencia: solo" siguiendo el patrón de distribución por sexos de la muestra (en torno al 2,10), al clasificar por el método condicionándolo a suicidio con medicamentos la razón pasa a ser del 1,02.

En la bibliografía consultada se comprueba la asociación soledad, enfermedad mental y sexo femenino para los sujetos tratados en un centro de Urgencia por intoxicaciones medicamentosas. Peterson<sup>112</sup>, Ekeberg<sup>113</sup>, Sokal<sup>114</sup>, Zegarski<sup>115</sup>.

En Navarra, Perez Gomez<sup>116</sup> ha encontrado en su estudio sobre el espacio muestral: "Tentativas de suicidio" un predominio absoluto de las mujeres, jóvenes en su mayoría, viviendo en soledad.

En relación al aumento del número de suicidas varones en la primavera de 1990 parece clara la relación de este aumento con acontecimientos relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida en esta época.

#### AUTOINCINERACION (0,58%)

- No autorizados
- Intentos previos múltiples.

Desgraciadamente estos sujetos (cinco) fueron competencia de juzgados que no autorizaron su estudio, por tanto su identificación así como la descripción del fenómeno nos resulta imposible.

El hecho es poco frecuente y tiene poco que ver con el descrito por Suck<sup>117</sup> (el 52,7% en su trabajo eran enfermos mentales).

En la sociedad occidental este método se asocia con elevada frecuencia a enfermedad mental grave, Daniels<sup>118</sup>, en su estudio hecho en Florida, recoge 15 casos, siete de ellos diagnosticados de depresión mayor y cinco de esquizofrenia paranoide.

Su uso tiene profundas connotaciones imitativas.

Bhkrum y Johnston<sup>119</sup> en su estudio de características forenses sobre los suicidas a lo largo de tres años en Ontario (Canadá) encontraron 32 casos, el 1% del total de suicidios.

En nuestra muestra es del 0,58%.

Los sujetos pertenecientes a nuestra muestra se distribuyen de la siguiente manera:

Proporción Varón/Mujer: 1,5.  
Las mujeres de mayor edad que los hombres.  
En tratamiento ambulatorio psiquiátrico el 80%  
Más frecuente en el año 1990  
Lo hicieron en su lugar de residencia.

Siguiendo con la comparación de estos resultados y los de los investigadores canadienses hemos de resaltar que si bien se parecen las muestras con respecto a la patología subyacente, el número de tentativas anteriores y la edad, es bien cierto que a ninguno de los nuestros se le ocurrió hacerlo en el coche (11 en su muestra), seguramente porque carecían de él.

Volvemos, pues, a interpretar el método empleado en función de valores, costumbres y hábitos sociales<sup>120</sup>, siendo el suicidio un espejo que refleja en profundidad la sociedad en la

que se produce.

#### PRECIPITACIÓN (48,60%)

- Sexo: Mujer
- Estado Civil: Viudo
- Edad: Mayor de 66 años
- En domicilio propio o en Hospital
- Problemática asociada: Patología orgánica
- Más frecuente en el distrito de Salamanca.

La precipitación es el método de suicidio más frecuente en Madrid (48,60%).

Si hemos de hablar de un sitio típico para suicidarse en Madrid es obligado citar al VIADUCTO, y a efectos de mera anécdota resaltaremos que, entre los precipitados que lo hacen fuera de su domicilio, veinte acudieron al VIADUCTO a consumir su autólisis (en un lugar con tantas connotaciones suicidas en décadas pasadas), independientemente de la proximidad o no de su domicilio y de su edad. En la época actual no podemos afirmar que este lugar tenga la relevancia del Golden Gate de San Francisco al que acuden personas desde lugares muy lejanos para precipitarse desde él. Pero, a nuestro nivel, no carece de atracción: comparando el número de los precipitados desde puentes sobre la M-30 por citar un ejemplo, este segundo es irrisorio: sólo dos.

Aún hoy, el viaducto, sigue ocupando el primer lugar entre las preferencias de los suicidas que lo hacen fuera de su domicilio, independientemente de su edad y zona de residencia.

La relación varón/mujer se reduce a 1,38. Sensiblemente inferior al 2,04 que presenta en la población objeto de estudio.

Comparando los resultados con los obtenidos por Chambers<sup>121</sup>, en Londres entre los años 1981 a 1985, se observa la disparidad de resultados con respecto al método, para él el 15% de los hombres y el 17% de las mujeres utilizaron este método.

En nuestro caso el 20,39% son mujeres y el 28,20% son hombres sobre el total de la muestra.

La misma disparidad se observa con respecto al trabajo de Demeter (ver nota bibliográfica 20) en el que se dan porcentajes del 15% de hombres y el 18% de mujeres.

Podemos afirmar que la precipitación es un método de la tercera edad en Madrid, ya que en otros países la elección de esta técnica está mucho más limitada.

Este método es selectivamente urbano, por el fácil acceso a él en ciudades como la nuestra que permiten la construcción vertical.

El 62,42% de los viudos se precipitan, correspondiendo a esta clasificación el 19,90% de los precipitados. En la muestra

global el porcentaje de viudos es cuatro puntos inferior a este, por tanto si hemos de establecer un retrato robot del suicida por precipitación este sería el de una mujer de edad superior a los 66 años incluso de 75.

La mayoría de los autores señalan la alta relación entre la patología orgánica grave y el suicidio, Allebeck (Ver nota bibliográfica 77), en Suecia, estudió entre los años 1975 y 1985 a los pacientes cancerosos, y aunque, señala, el riesgo de suicidio en esta población no es muy alto, sí supone el doble de los suicidios que existen en la población general.

Todos los autores coinciden en señalar a la patología orgánica como un factor predisponente al riesgo de suicidio, si bien es cierto que se ha de encontrar asociada a otros factores para desencadenar el hecho (Charlifue nota bibliográfica 78).

Hemos encontrado como referencias al suicidio entre la población ingresada en hospitales generales, no psiquiátricos, muchas referencias al S.I.D.A. y su manejo durante el ingreso (Erfurth<sup>122</sup>).

En nuestra muestra el 81,48% de los 27 sujetos ingresados en hospital por una causa orgánica utilizaron este método.

Siendo las patologías más involucradas el Cancer y el SIDA (este último en aumento).

A la vista de estos resultados se debe considerar que es preciso una observación más estricta de las condiciones psicológicas de los pacientes ingresados en un hospital general, fundamentalmente si lo son por Tumores, S.I.D.A.<sup>123, 124, 125</sup>, (en ambos casos si el proceso esta muy evolucionado) o Patologías Invalidantes (siempre que estas produzcan grandes limitaciones en las condiciones de vida del sujeto).

En 1982 ya tuvimos ocasión de constatar la necesidad del soporte psiquiátrico en los pacientes diagnosticados de neoplasia maligna<sup>126</sup>, hecho que en la actualidad nadie niega.

El psiquiatra debe entrar más en la valoración del sujeto ingresado en el Hospital General, pero ante todo, debe incrementarse la observación de los síntomas psiquiátricos menores por parte del personal de enfermería, en cualquier area hospitalaria<sup>127</sup>, (Ver nota bibliográfica 76).

La precipitación, en el medio hospitalario, es el método electivamente utilizado, lo cual es lógico debido a la imposibilidad casi absoluta de utilizar otro método.

De los 104 casos en los cuales el entrevistado reconocía la patología orgánica como un hecho importante en la explicación de la autolisis, el 64,42% se precipitó (67 individuos).

La edad media de los sujetos con patología orgánica no ingresados es sensiblemente más elevada que la del resto de categorías de esta variable.

Habría que ser muy cuidadoso ante los pacientes en tratamiento por patologías orgánicas a estas edades, máxime si se unen a estas situaciones de soledad, cambio de domicilio, pérdida de un familiar o amigo, o cualquier otra circunstancia que nos indique un escaso soporte social de individuo<sup>128</sup>.

La elección del método "precipitación" a estas edades es comprensible uniendo en sí dos factores (edad y limitación física) que impiden al sujeto la utilización de otros que requieren más esfuerzo a la hora de ejecutarlos.

Además la mayoría de ellos conviven con otras personas lo cual limita el uso de métodos que exijan un espacio de tiempo en soledad.

Su presentación es más frecuente en el distrito de Salamanca aunque el porcentaje de edad de la población es superado por el de otros distritos, por ejemplo Latina.

Podría pensarse que el mayor índice de suicidios en este estrato poblacional depende de las características sociales de las personas que en él viven <sup>129</sup>: en el barrio de Salamanca es más difícil el contacto entre vecinos que en distritos más populares donde el sujeto mantienen más fácilmente la relación con ellos.

La soledad y los problemas económicos desencadenan el suicidio cuando aparece la patología orgánica que limita el grado de autosuficiencia del sujeto.

#### SUMERSIÓN (2,21%)

- Día de la semana: Viernes
- Sujetos en los que el río forma parte de su entorno.
- Procedencia rural.
- Viven en familia extensa, están jubilados y no presentan una mayor frecuencia de patología psiquiátrica que la muestra general.

Como hemos dicho en capítulos precedentes, los sujetos que acuden al río no son los que más cerca viven de él en términos absolutos, sino los que lo conocen: pasan por él al ir o al volver del trabajo, pasean por sus alrededores y de alguna manera sienten atracción por él.

Explorando la muestra se observa que la inmensa mayoría de ellos vivían en barrios periféricos que les obligaban a pasar por él frecuentemente.

El suicidio en el Manzanares, y en general en cualquier río, tiene un doble componente: de un lado la precipitación y de otro la sofocación.

Cantor et al. recogen en su estudio la frecuencia de Psicosis Esquizofrénica en este grupo de (en su caso) tentativas, con la existencia de alucinaciones en torno al hecho (ver nota bibliografica 59).

En nuestra muestra no se reproducen los supuestos de Cantor. La descripción de nuestros sujetos sería la siguiente:

- Ningún estrato de edad tiene un claro predominio sobre los demás, tienden desde la edad media a la vejez: no hay ningún sujeto menor de 30 años.

- No hay una selección especial para este método según el sexo.

- Los sujetos están en su mayoría casados, lo cual les diferencia de los que utilizan medicamentos, se explica en base a que el suicidio es un hecho eminentemente solitario, si el sujeto no puede conseguirlo en su casa: sale de ella a consumarlo.

- La frecuencia de tratamiento psiquiátrico se asemeja a la de la población muestral. Hay que tener en cuenta que no partimos de la misma población muestral que Cantor.

- Los sujetos son preferentemente jubilados y conviven en familia extensa.

- Es una población que no tiene intentos de suicidio anteriores de una manera llamativa.

#### **AHORCADURA (20,75%)**

- Sexo: Varón
- Edad: 55-65
- Problemática asociada: Judicial
- Método anterior: Ahorcadura
- Procedencia: Rural

Este método es fundamentalmente usado por los hombres, en la prejubilación, si son jóvenes, entonces tienen problemas con la justicia y la elección del método viene dada por las circunstancias del sujeto que le impiden utilizar otro método.

En las submuestra "problemática: judicial" es el preferido. Así como entre los sujetos que lo intentaron antes por este mismo sistema.

Comparando nuestros resultados con los encontrados en la bibliografía cabe señalar que está mas ampliamente difundido que en otros medios urbanos europeos.

Chambers encuentra, en Londres, un notable aumento de este método a expensas de la disminución del gas (supresión de su toxicidad) y de los medicamentos (fármacos más seguros). Siendo en su muestreo el porcentaje del 14% para los hombres y del 4,6% para las mujeres que comparados con los nuestros: (79,21% varones

y 20,79% para las mujeres) resultan francamente bajos.

De igual modo las estadísticas presentadas por Demeter (nota bibliográfica 20), en Budapest, aunque más altas que para los ingleses no dejan de ser inferiores a las nuestras: hombres: 41%, mujeres: 9%.

Usualmente se asocian los métodos "duros" a mayor ruptura familiar, menor soporte social y, desde luego, enfermedad mental<sup>130</sup> hay que tener en consideración que nuestros casos usaron unos métodos al menos... eficaces.

¿Es cierto que este método está más asociado a enfermedad mental grave?

1ª: Desde luego no podemos afirmarlo: estadísticamente, al menos, no existe asociación entre esta categoría y el estar en tratamiento psiquiátrico. También, es cierto que, la base de datos desde la que partimos no estaba diseñada para obtener con precisión esta información.

Ahora bien, es de destacar el número de informes hospitalarios que acompañaban a los casos diagnosticados como psicopatología grave y cuyos diagnósticos fueron copiados en la historia social. La explicación de este hecho radica en un motivo claramente entendible: si el suicida tiene familia esta, ante las preguntas formuladas en el acto del levantamiento del cadáver o posteriormente en el Instituto Anatómico Forense, presentará un informe médico que "justifique" el acto y agilice los trámites, informe cuya fotocopia, o al menos un resumen, será adjuntada al informe preliminar de autopsia para facilitar la elaboración de posteriores diligencias.

2ª: Comparando el porcentaje de tratamientos ambulatorios psiquiátricos en este grupo, en medicamentos y en precipitación los resultados más bajos fueron para el método de ahorcadura.

3ª: Existe una frecuencia de tentativas anteriores del 15% que es igual a la de los precipitados (15,85%) pero sensiblemente menor que en los envenenados por medicamentos (24,13%).

4ª: La presencia de antecedentes familiares de suicidio es más elevada que para los precipitados (1,87% frente al 0,76%), no así para los que usan medicamentos en que es del 3,44%. Aunque para ningún grupo existe una relación estadísticamente significativa con respecto a esta variable.

No se comprueba una asociación entre este método y el desempleo.

#### **FERROCARRIL (4,08%)**

- Zona urbana determinada

Esta submuestra no es caracterizada por ninguna variable que no sea el lugar del suicidio: Vía pública.

La especial frecuencia que presenta este método con una zona urbana vienen dada a nuestro entender por la gran cantidad de vías de ferrocarril que cruzan la zona afectada.

El sujeto que se suicida arrojándose a las vías férreas es un usuario asiduo del metro o convive con el tren.

La edad de los sujetos se distribuye con una tendencia a acumularse entre los más jóvenes o los mayores de 55.

Son más los hombres que lo utilizan, tanto este hecho como el anterior son los únicos que coinciden con el estudio sobre suicidios en ferrocarriles realizados en Alemania Reino Unido, los demás extremos no han sido significativos en nuestro estudio y tampoco coinciden en los suyos. (Ver Schmidtke<sup>131</sup> y O'Donell<sup>132</sup>).

La procedencia rural predomina pero no es característica.

Es un método elegido por los estratos sociales más bajos, los drogadictos o los enfermos psiquiátricos graves, características también recogidas por otros investigadores en Suecia (Ver BesKow<sup>133</sup>).

En Madrid en tres años utilizaron este método 35 personas, cifra escasa si se compara con la de Londres, ciudad en la que se producen alrededor de 90 suicidios por este método al año (Tranah<sup>134</sup>).

En otros países ante el aumento de suicidios por este sistema se han iniciado planes de apoyo psicológico a los conductores de tren y jefes de estación (Williams<sup>135</sup>, - Theorell<sup>136</sup>).

#### TRAFICO (0,35%)

- Lugar del suicidio: Lejos del domicilio.

Cuando el sujeto utiliza este método elige vías rápidas que siempre están lejos de su domicilio habitual y no tiene un motivo para encontrarse allí (por ejemplo: cruzar la M-40 para comprar droga). Los días en que se produjeron este tipo de suicidios eran días lluviosos con escasa visibilidad.

El considerar a un atropello como un suicidio exige al forense gran precisión en su diagnóstico a causa de las implicaciones económicas del tema.

Quizá este condicionante se encuentre en la raíz del escaso número de sujetos catalogados como tal: Sólo recogimos tres entre 858.

De ellos el 100% eran peatones. En estos tres años no hay ningún suicidio catalogado como tal entre los accidentes de tráfico. Dada la enorme dificultad de precisar qué motivo impulsó al conductor de un vehículo a hacer una maniobra que le condujo a la muerte, salvo que halla un escrito explicativo, se cataloga

como accidental siempre, ante la incapacidad de demostrarlo.

La literatura apenas hace referencia al tema y no hemos encontrado nada con respecto a los peatones.

Hes<sup>127</sup> hace mención en su trabajo de los juegos temerarios, desarrollados por muchachos entre los 7 y 14 años, consistentes en arrojar objetos a la calzada y recogerlos antes del paso de los coches(!) en nuestra casuística no hemos encontrado nada parecido, porque aunque sea valorable como una conducta suicida no existe en ello la intención clara y exclusiva de morir y por lo tanto no sería catalogada como tal.

Los tres sujetos de nuestra muestra tienen características diferentes y por tanto sin agrupamiento estadístico posible.

#### 1.2.1.2.LUGAR DEL SUICIDIO

La variable lugar del suicidio caracteriza a la población suicida estudiada.

##### DOMICILIO PROPIO

- Sexo: Mujer
- Estado civil: Viudo.
- Edad: Mayor de 66 años.
- En tratamiento médico ambulatorio.
- Situación Laboral: Jubilado, Ama de casa.
- Método: Precipitación
- Tipo de convivencia: Solo
- Problemática: No consta.

-El domicilio propio es el lugar elegido mayoritariamente por las mujeres, para realizar su suicidio (82,50% de ellas).

-El estado civil más frecuente es la viudedad.

-La edad de los sujetos que se suicidan en su domicilio es superior a los 65 años.

Aparecen dos segmentos de edad, el más importante: De los 66 a los 78 años: el 80,63% de ellos eligen su domicilio (22,28%) de la clase "domicilio propio", el otro de los 79 a 98 años, estos lo hacen en el 79,12%, siendo el 12,44% del total de domicilio propio en el cruce con edades.

De ello se deduce que, atendiendo a la edad de los sujetos existe una clara preferencia por hacerlo en su casa entre las personas de la llamada tercera edad, lo cual es lógico, teniendo en cuenta sus mayores limitaciones físicas y progresiva reducción del espacio sociovital de los mismos.

-La situación laboral de los sujetos que consuman su autolisis en el domicilio es jubilado y ama de casa.

Los "jubilados" son 263 individuos de la muestra, frente a 83 amas de casa.

El término "jubilado" se aplicó según constaba en el archivo original siguiendo la norma de que ama de casa es aquella que atiende las labores domésticas y no percibe ningún salario, así mismo: las mujeres que entran en la categoría "jubilada" son las que cobran una pensión y no asumen la responsabilidad de la marcha del hogar en el que viven.

El porcentaje de suicidio en el domicilio propio es mayor entre las amas de casa que entre los jubilados aunque por el número de estos su peso en la muestra global sea mas importante.

-El vivir en soledad propicia de manera significativa la consumación del suicidio en el domicilio.

-El que vive solo lo tiene más fácil y comete el acto en su hogar, los demás han de optar entre esperar a que se vayan los que con él conviven o marcharse de casa para hacerlo: los jóvenes y los hombres casados en la calle, los vigilantes jurados o personas que trabajan solos en el lugar de trabajo, los ancianos que viven con familia y las amas de casa en horas en que no hay nadie atento en su proximidad.

-Si el sujeto estaba sometido a tratamiento psiquiátrico de tipo ambulatorio tendrá preferencia por cometerlo en su domicilio, siendo este hecho muy frecuente entre las amas de casa de nuestra población suicida.

-La significación estadística de la relación de la variable "lugar: Domicilio propio" y "tratamiento ambulatorio orgánico" se explica en base a dos consideraciones: La demanda asistencial reiterada como expresión del conflicto vivencial del sujeto que no es capaz de verbalizarlo como tal y las limitaciones físicas del sujeto enfermo por patología crónica, invalidante.

-Es un hecho el desconocimiento del entorno acerca de la problemática acompañante al éxitus voluntario consumado en el domicilio propio, si el sujeto vive en soledad: por su aislamiento social que se hace evidente; si vive con familia (lo más frecuente) por la incomunicación manifiesta con su círculo más próximo, hecho este de gran peso en la población suicida de jubilados y amas de casa.

-El método más utilizado en el domicilio propio es la precipitación.

El 72,42% de los precipitados lo hacen en su casa, y el 52,16% de los que lo hacen en su casa eligen este método.

Es un método de amplia difusión en el medio urbano madrileño, lo único que hace falta es encontrar un sitio alto de fácil acceso, si el suicida potencial vive en un piso alto: no necesita más.

Como un aspecto clave de la fenomenología del suicidio es que EL MÉTODO EMPLEADO HA DE SER HABITUAL EN EL MEDIO DEL SUJETO, CON EL QUE ESTE ACOSTUMBRADO A CONVIVIR CUYAS VENTAJAS E INCONVENIENTES CONOZCA AL MENOS APROXIMADAMENTE es fácil entender

por qué en Madrid los suicidios son por precipitación selectivamente.

Como dato curioso señalar el suicidio de un anciano que llegó a precipitarse hasta tres veces, en un día, por la misma ventana hasta ver conseguidos sus deseos, dado que esta no cumplía el requisito básico de tener la suficiente altura.

En general, la familia explica el éxito del suicidio en base a un accidente: "Estaría subiendo la persiana", "Quizá fue a limpiar el cristal", "Le gustaba asomarse y seguro que le dio un mareo".

Afortunadamente, al menos, a efectos del estudio, los médicos forenses dan por supuesto muy pocas cosas y siempre al levantar el cadáver justifican su diagnóstico de suicidio en base a datos objetivos extraídos de la inspección ocular del lugar, tales como distancia a la pared (distinta según se caiga o se imprima un impulso), si la ventana está abierta o no de par en par, útiles y objetos alrededor de la misma, o bien, si se ha quitado los zapatos. Una cosa es clara: El diagnóstico forense de suicidio no ha de tener falsos positivos dadas las implicaciones sociales y ha de existir un diagnóstico diferencial muy claro con el homicidio o el accidente.

#### EN OTRO DOMICILIO

- Situación Laboral: Trabajo Fijo
- Convivencia: Amigos
- Estado Civil: Soltero
- Método empleado: Arma de fuego

Esta categoría presenta dos subdivisiones definiendo grupos distintos en virtud del método empleado:

-La mayoría de los sujetos que se suicidan en otro domicilio eligen el lugar de trabajo para llevarlo a cabo, son hombres en su totalidad, generalmente solteros y emplean el arma de fuego, en horas nocturnas.

-El suicidio en el lugar de trabajo tiene una significación especial y en general define a sujetos con un arraigo escaso en el medio que le rodea (Berman<sup>138</sup>).

-Los que eligen "Medicamentos", consuman suicidios muy elaborados con gran escenografía: Un hotel será el lugar empleado. Son hombres solteros también con alto nivel de estudios, y gran conocimiento de los fármacos a emplear. Poseen un gran interés autolítico y en la mitad de los casos están en tratamiento psiquiátrico ambulatorio. En ellos el sujeto cumple las normas de antisepsia si se administra los fármacos por vía intravenosa.

En solo un caso existía una patología neoplásica grave.

**VÍA PÚBLICA PRÓXIMA A SU DOMICILIO**

- Método: Ferrocarril
- Tiempo transcurrido desde el último intento: Mas de doce meses.

El método selectivamente utilizado en esta categoría es el ferrocarril, aunque las tablas de contingencia vulneran el principio estadístico y la agrupación por residuales de igual signo no tiene una traducción práctica.

De cualquier forma es lógico pensar que cuando un sujeto que vive en Madrid ha de salir de su casa para suicidarse lo que le supone menos esfuerzo es arrojarse a las vías del metro

Para los que ya lo habían intentado antes había transcurrido más de un año si eligieron este lugar de suicidio.

**VÍA PÚBLICA LEJOS DE SU DOMICILIO**

- Método: Sumersión, Ferrocarril, Tráfico
- Sexo: Varón
- Tratamiento a que era sometido: Ninguno.

**Precipitación lejos de domicilio**

-El método empleado en esta categoría es tráfico, sumersión y ferrocarril, aunque el más empleado (como en todos los grupos) es la precipitación.

El Viaducto sigue siendo un punto de profundas connotaciones suicidas, siendo el lugar preferido para este método cuando el hecho se produce en la vía pública. No tiene relación con ninguna variable de las investigadas, ni especial distribución por edades, siendo más un fenómeno cultural propio de nuestra capital.

**Sumersión: Tirarse al Manzanares**

-La sumersión encuadrada en la modalidad "lejos de domicilio" se asocia a una proximidad afectiva del sujeto al río, a su procedencia rural y a tener su domicilio en municipios de la zona sur y barrios periféricos, es también propio de clases marginadas: mendigos fundamentalmente.

Todos ellos son mayores de 60 años excepto un caso de con diagnóstico de esquizofrenia.

**Ferrocarril: Arrojar al paso del tren**

-El empleo del ferrocarril en la modalidad de "lejos del propio domicilio se asocia a vivir en barrios periféricos, siendo frecuente su uso en el distrito de Villaverde, en este grupo también se encuentran los sujetos que utilizaron el Metro pero en una estación inusual para ellos.

El diagnóstico de suicidio es fácil: el sujeto se coloca en un extremo de andén (Siempre por donde entra el tren para impedir

la maniobra de frenado, dejan alguna pertenencia a un lado: una gabardina doblada, el bastón, perfectamente colocada para que no sufra daños.

### Tráfico

Sólo son tres sujetos los que lo emplean en toda la población suicida, pero los tres lejos de su casa: Quizá porque si lo hicieran cerca de su domicilio existirían dudas razonables de que pudiera ser un accidente.

### INSTITUCIÓN

- Sexo: Varón
- Tipo de Institución: Hospital, Cárcel.
- Problemática: Enfermedad y Judiciales.
- Tratamiento: Ingreso orgánico y psiquiátrico.

-El 11,19% de la población total de suicidas lleva a cabo su autólisis en una institución. Correspondiendo al 8,28% los que lo hacen en ella condicionados por su convivencia y el 2,91% restante por distintos motivos ajenos a la variable reseñada.

-El 33% de la categoría Institución lo hacen en un hospital.

-El suicidio en la Institución es mayoritariamente masculino, aumentando, pero, sin superarlo, la ratio femenina en residencias de ancianos e ingresos psiquiátricos. Influida por la distinta proporción de hombres y mujeres que en la población normal y por una menor resistencia del sexo masculino a situaciones de stress vital.

-La distribución por edades depende del tipo de institución.

-En el Hospital la edad de los suicidas ingresados por patología orgánica es muy superior a la de los ingresados por causa psiquiátrica y también mayor el número de suicidios por esa causa.

-Las problemáticas involucradas en el suicidio en Institución son la patología orgánica y los problemas judiciales, por separado y casi siempre asociada a la problemática judicial la adición a drogas.

-En los dos primeros años del estudio la patología orgánica involucrada de manera mas importante era la enfermedad neoplásica en estadios terminales, a medida que transcurren los meses se observa un aumento de sujetos VHI(+) en estadios también muy evolucionados de la enfermedad, por lo que, y aunque no tenga significación estadística de momento se prevé, dados los resultados, que ese será un campo de atención predominante en los próximos años (Ver Pugh<sup>139</sup>).

-Simultáneamente, el índice de suicidios en sujetos seropositivos, aún en estadios precoces también ha experimentado un notable aumento en los últimos meses de 1991. En China Chuang

<sup>140</sup> en un estudio muy limitado habla de que un 4,76% de sujetos diagnosticados como VHI+, se suicidaron durante el tiempo que duró su estudio.

-El círculo drogas intravenosas, VHI(+), cárcel se convierte en una espiral sin salida que conduce al sujeto a la desesperanza y por último a la autólisis.

Son los individuos que menor soporte social tienen, de los únicos de cuyo suicidio el entorno no se culpabiliza, incluso, se siente aliviado, sobre todo si el hecho del suicidio en sí no se produce en la institución.

-De los trece individuos enmarcados en otra situación laboral no contemplada en el protocolo de estudio siete estaban haciendo el servicio militar, es decir siete lo realizaron en el cuartel. Los otros seis son traslados desde otras provincias de forma eventual (dos) y cuatro presos.

#### 1.2.1.3.HORA DEL SUICIDIO

El 55% de los sujetos se suicidaron durante el día: de seis a diecinueve horas.

Esta variable no caracteriza al suicidio pero sí es influida por variables tales como: Edad, Estado civil y Sexo.

Siendo estadísticamente significativa en función de la edad del suicida. (Tarde-noche para los jóvenes, horas diurnas para los de mas edad).

Ya hemos visto como las mujeres se suicidan al igual que los jubilados por la mañana principalmente. Los jóvenes y solteros por la noche.

Es obvio que el suicidio para ser consumado necesita de un tiempo de soledad, aunque sea pequeño, como en la precipitación, si el sujeto tiene una verdadera intención de morir aprovechara las horas en que esto sea posible (Ver Hidalgo<sup>141</sup>).

Existe una predisposición a utilizar determinados métodos en una horas concretas: Schmidtke ( Ver nota 131).

En Brisbane (Australia) en un estudio sobre suicidios por el método "ferrocarril" la totalidad de los mismos se produjo en las horas diurnas o durante la puesta de sol (Emmerson <sup>142</sup>).

En nuestro trabajo la variable hora esta controlado por las características sociales del sujeto y no tiene significación estadística en relación al tipo de sistema utilizado para consumir la autólisis.

Tan solo en la clasificación cluster que veremos en el último apartado de este capítulo existe una clase que sí utiliza de forma preferente las horas de la madrugada.

#### 1.2.1.4. DÍA DE LA SEMANA

No es una variable cuya significación quede clara. aunque existe una distribución tendente a agrupar a los sujetos según su situación laboral: Lunes y miércoles para los que tienen trabajo, Viernes para los jubilados. Los sábados en cifras absolutas, son los días con menos suicidios; a nivel estadístico se encuentra al límite de la aceptación y por eso lo comunicamos pero con muchas reservas.

Existen dos casos en que esta significación si es alta: Los viernes para el método "Sumersión" y los domingos para una clase poco numerosa pero bien caracterizada: los sujetos que no viven habitualmente en Madrid: acuden a cometer su suicidio a nuestra ciudad, o bien llevan muy poco tiempo en ella: su desarraigo es completo y la información que de ellos tenemos muy escasa.

Otros autores si que han encontrado significación para el día de la semana: Lunes y Martes para los hombres en Alemania (Schmidtke ver nota 131), Domingo para los ingleses ( O'Donell ver nota 132).

#### 1.2.1.5. MES

En valores absolutos el mes que hubo mas suicidios fue el de Abril, se observa una tendencia a aumentar el número de suicidios en primavera.

Esta variable se encuentra caracterizada por las condiciones sociales y sanitarias de los sujetos que se suicidan, por tanto, no existe una relación directa con el fenómeno suicidio consumado.

Ahora bien, en determinados sujetos el suicidio en un mes u otro sí es significativo, en función de su tipo de trabajo o de su patología. También, hemos encontrado aumentos no justificados en épocas muy concretas que pudieran tener relación con fenómenos de imitación , informaciones o propaganda en torno a suicidios de famosos, o grandes convulsiones sociales todo lo cual se produjo durante los años que duró nuestro estudio, pero obviamente, no podemos establecer una relación directa, aunque sí una sospecha.

#### En relación al trabajo:

-Trabajo fijo, arma de fuego: Febrero.

No existen diferencias entre los tres años que duró el estudio y sí de esta época en relación al resto del año, comprobados algunos hechos sociales que no parecen influir se valora el hecho de que en este mes las noches son largas y hace frío impidiendo al sujeto (Vigilante jurado) salir del recinto generalmente estrecho donde se encuentra.

Si la tendencia autolítica es fuerte y existen otros factores sociales, personales o psicopatología acompañante el

sujeto estará más expuesto a intentarlo con lo que tiene más próximo: Su arma.

**En relación a la situación laboral:**

- Jubilados: Mayo
- Estudiantes: Septiembre
- Desempleo con subsidio: Noviembre

**En relación a la Psicopatología:**

- Por Cáusticos: Marzo
- Amas de casa en tratamiento: Mayo, Junio.

**En relación a la Patología Médico quirúrgica:**

S.I:D:A.: Marzo 1990  
Ingreso hospitalario: Julio

**En relación al número de intentos previos:**

Primer Intento sin problemática asociada:  
Mayo y Junio.

En buena lógica a este mes le correspondería tan solo el 8,3% del total de los sucesos. En el caso que nos ocupa vemos que esta cifra es del 12,86% y además se asocia con ser el primer intento. ¿Qué pasa en Mayo a los que están en su primera vez?. No se observa ninguna característica modificada en ese mes con respecto a los demás meses.

Quizá en estos sujetos hallan influido otros factores: prensa, cine (fenómeno de imitación) (ver Fekete<sup>143</sup>) situaciones personales y la proximidad del verano (ingreso en residencias para los ancianos (comprobado en este caso en tres de ellos).

A la vista de que no consta problemática y teniendo en cuenta las características con respecto al tratamiento de los sujetos ( no tratamiento o tratamiento ambulatorio psiquiátrico), hay que atender a circunstancias macrosociales que en distinta medida afectan a los sujetos estudiados.

La incidencia de situaciones de stress social, el aumento del grado de insolidaridad social o los conflictos a nivel de una nación; tienen su traducción en el aumento del índice de suicidios en los sujetos del sexo masculino, fundamentalmente, según Landau <sup>144</sup> , al menos en Israel.

El alto índice de diagnósticos psiquiátricos encontrados en el cruce entre Mayo/Primera tentativa (28,30%) hace pensar en una inestabilidad ambiental de origen no determinado:

**Patología orgánica:**

Con el aumento de las temperaturas el enfermo orgánico se encuentra bastante peor: No hay que olvidar la gran inestabilidad

atmosférica de los meses de Mayo y Junio de 1991 (Golpes de calor, tormentas, vientos Föhn) y la temperatura elevada en los mismos meses del año 1990.

Desempleados:

De los cinco sujetos que se encontraban en desempleo con subsidio tres se suicidan en Noviembre y alegando la familia problemas económicos.

De ellos dos estaban en tratamiento psiquiátrico ambulatorio, sólo uno tenía antecedentes de suicidio y los tres utilizaron métodos violentos para conseguir su fin. Las edades no son homogéneas y las características de los del mes de Noviembre tampoco, quizá la proximidad de las Navidades podría influir o alguna noticia en relación a las tasa de empleo que no ha podido ser identificada.

Estudiantes:

El 19,64% lo hace en Septiembre, hemos comprobado que es en estos sujetos en los que existe un fracaso escolar y una sobreexigencia familiar en los estudios.

En el AREA ESTUDIADA, no existen diferencias con respecto a la muestra global de 858 sujetos, ahora bien, en la agrupación por el tipo de contacto sanitario que estableció el sujeto se observan características estacionales en los sujetos con diagnóstico psiquiátrico, días calurosos en los ingresados de tipo médico-quirúrgico y Febrero para el arma de fuego.

La relación época del año y enfermedad mental (sobre todo depresión) parece demostrada: Maes<sup>145</sup> en Bélgica señala un aumento para Abril y un descenso en Agosto y Septiembre siguiendo un ritmo "circanual" de 51 semanas y otro de 7.

Para los suicidios sobre todo masculinos, Schmidtke (ver nota 131) habla de una mayor incidencia en el otoño. Mientras que, en Viena, Haberhauer<sup>146</sup> estudiando los intentos de suicidio señala a Abril y Diciembre como los meses más proclives a producirse en igualdad de condiciones para ambos sexos.

Para Masterton en su estudio sobre parasuicidios el ritmo circanual solo es cierto en las mujeres que lo hacen mas en verano disminuyendo mucho en invierno. En los hombres no encuentra ninguna relación estacional.

Suk (ver nota 117), en Corea, no encuentra diferencias significativas en relación a las estaciones ni meses del año en que se producen los suicidios por autoincineración.

Podríamos concluir de lo hasta aquí expuesto que el mes es una variable muy pobre a la hora de explicar el suicidio consumado, estando regida por las circunstancias sociales o sanitarias del individuo es decir solo es un indicador indirecto y por tanto carente de valor.

El mes de Mayo para un ingresado podría significar incomodidad si hacia calor y en el hospital no había aire acondicionado, para el anciano que va a ser ingresado en una residencia al mes siguiente el fin de su libertad o para la estudiante la proximidad de los exámenes, razones todas ellas que no involucran al mes en sí, sino que al estudiarse juntas distorsionan la evidencia.

#### 1.2.1.6. SOLICITUD DE AYUDA

Sólo hay constancia de que solicitaron ayuda el 5,93% de los individuos. La ayuda aquí expresada hace relación a llamadas o visitas inusuales a familiares o amigos, en las que el sujeto habla de soledad, impotencia y demanda una atención por parte de quien le escucha.

Esta variable implica al entorno más próximo del sujeto y por tanto depende de la calidad de su arraigo social el que se produzca o bien que sea correctamente interpretada.

La solicitud de ayuda solo es significativa en el grupo de sujetos que emplearon el arma de fuego como método: el 100% no la solicitó.

#### 1.2.1.7. AVISO PREVIO

En los sujetos con antecedentes de suicidio previos es donde la variable "existencia de aviso previo" es significativa en sentido positivo. El entorno del sujeto sabe que está dispuesto a suicidarse y se sienten avisado, por otro lado la comunicación en este aspecto es más directa.

Ahora bien, el que la variable "PETICIÓN DE AYUDA" no sea igualmente positiva hace suponer que el familiar se sentía avisado, pero en modo alguno implicado: capaz de intervenir.

En los sujetos con mas de cuatro intentos, el 38,89% de los familiares respondieron que sí existía aviso previo, el bajo porcentaje de la respuesta afirmativa, teniendo en cuenta que los individuos se suicidaron antes de transcurrido un mes del último intento hace explicable el hecho (no estadístico) de la parquedad de los familiares a la hora de enumerar lo factores implicados en la muerte.

El tradicional cuento de Pedro y el Lobo cobra aquí sentido práctico.

La primera vez que uno intenta suicidarse la familia se sobresalta y todos se ponen en actitud vigilante, cuando los intentos sobrepasan el número de cuatro el desgaste de la relación con el entorno es enorme, la intención suicida pierde credibilidad y el sujeto es considerado como irrecuperable.

Los sujetos en tratamiento ambulatorio psiquiátrico tienen un alto porcentaje de avisos previos, en muchas ocasiones son las

ideas suicidas las que llevan al sujeto ante un psiquiatra, este hecho es extensivo a las amas de casa.

Por el contrario aquellos que poseen un trabajo y los que no están en tratamiento de ningún tipo significativamente no tienen por costumbre avisar, o al menos, el entorno no percibe ninguna señal de alarma.

En el 38% de los sujetos en tratamiento orgánico la familia no reconoce, ningún aviso de sus intenciones, decimos no reconoce ya que en muchos casos la demanda de asistencia médica es expresión de conflictos en la esfera psicológica y afectiva del individuo.

El enfermo grave, invariablemente, ve roto su nexo de relación con el medio, siendo a menudo la propia patología el filtro a través del cual todos los mensajes son puestos en clave condicionando una paulatina separación y aislamiento.

Sería fundamental el hacer consciente este hecho para todos aquellos que conviven o trabajan con el sujeto enfermo.

En el individuo ingresado se observan dos comportamientos distintos según el motivo de dicho ingreso:

Este aviso se dice que existió en el 36,36% de los ingresados en departamentos psiquiátricos, está claro que si los sujetos estaban ingresados, su patología psiquiátrica no era leve, teniendo en cuenta el alto porcentaje de tentativas de suicidio anteriores que poseen estos sujetos, es de considerar el porcentaje para esta variable como normal, quizá lo que sorprende a la familia es que dicho suicidio se produzca en el mismo recinto hospitalario.

Para el ingreso orgánico la sorpresa es la nota dominante:

El sujeto, da la sensación de improvisar.

Al repasar todas las fichas de los suicidios en el Hospital General se observa el estupor que produce el hecho en el ambiente más próximo.

Parece producirse el suicidio en un ataque de pánico. Bien podríamos pensar en algo semejante al leer: "Al oír el diagnóstico de leucemia se tiró".

En un acto de desesperación el sujeto se precipita: "Vino el doctor y dijo que no podía darle nada, mientras cerraba la puerta el médico, él se tiró por la ventana.

"No lo pudo aguantar", frases así son recogidas literalmente de la boca de los familiares.

En otros casos incluso antes del diagnóstico: ingresó para un estudio del hígado", "Le iban a operar de apendicitis".

El suicida durante un ingreso medicoquirúrgico no avisa,

pero deberíamos estar avisados a la vista de las características definidas de estos individuos.

#### 1.2.1.8. SUICIDIO AMPLIADO

A lo largo de los tres años sólo hay tres casos de suicidio ampliado, todos ellos eran personas ancianas con una gran conflictiva familiar, además en uno de ellos la soledad y la neurosis obsesiva de la esposa pudieron hacer de circunstancias precipitantes.

En uno de los casos pudiera darse el pacto suicida más que el suicidio ampliado por las especiales condiciones en que se produjo. (Ver Vijayakumar<sup>147</sup>).

#### 1.2.1.9. ESCRITO EXPLICATIVO

Su resultado afirmativo solo se da en los sujetos más jóvenes.

Solo constituyen el 1,28% de la muestra, y su nivel de significación es bajo para los test más exigentes.

El escrito explicativo está claramente asociado a una problemática sentimental ( $P < 0,000$ ).

En este tipo de suicidio (con un problema sentimental subyacente) el objetivo del acto no es tanto el dejar de existir como castigar a la parte implicada, o ejercer un chantaje, siendo su hilo conductor el escrito que deja bien claro quien es el culpable y con esa finalidad se realiza.

En los suicidios juveniles también se produce este mecanismo: en su caso la nota va dirigida al padre o a la madre, pero buscando en mayor número de ocasiones su aprobación y cariño últimos: "No puedo seguir sacrificándoos", más que acusarlos directamente: "Comprendedlo: No puedo vivir sin mi amigo" (Por un pájaro, que accidentalmente había matado el padre).

Cuando el escrito lo hace una persona de edad madura, en general su finalidad es la exculpación de los mas próximos <sup>148</sup>.

#### 1.2.2. INTENTOS PREVIOS

De los sujetos en que nos consta el número de intentos suicidas durante su vida el 26,12% ya lo habían intentado antes.

Dicho de otro modo: el 73,86% de los sujetos estudiados consiguieron su propósito de suicidio en el primer intento, lo cual induce a la reflexión...

Los sujetos encuadrados en la categoría: "No consta" tienen dos orígenes diferentes: De un lado el año 1989 en el que aún no se elaboraba correctamente la Historia Social de los ingresos en

el Instituto Anatómico y de otro aquellos de los que, por su extraordinario desarraigo social el entorno desconoce casi todo (en total 34,4% de todos los suicidas).

#### 1.2.2.1. SIN INTENTOS PREVIOS

- Sexo: Varón
- Tratamiento: Ninguno, No psiquiátrico
- Problemática: Ninguna, Orgánica
- Situación Laboral: Trabajo Fijo
- Convivencia: Familia extensa
- Mes: Mayo y Junio

En el 70,29% de los sujetos que no tienen antecedentes lo consiguen a su primer intento (194 individuos).

En relación a los sujetos que lo intentan por vez primera esta cifra corresponde al 47,09%.

Cuando el suicidio no es una conducta aprendida y surge de la voluntad firme del sujeto este lo llega a consumir, debido fundamentalmente al tipo de métodos utilizados.

Algo más de la tercera parte de los individuos que fallecen en esta primera ocasión no están en tratamiento, de ningún tipo y escapan al control y seguimiento del sistema sanitario.

Los individuos de esta categoría serán los que usen medios violentos (directa o indirectamente infringidos que causen el daño inmediatamente): precipitación, ahorcadura, disparo etc., generalmente varones de edad media con unas características sociales de incomunicación manifiesta.

Característicamente se eleva el porcentaje de varones en todos los métodos con respecto a la proporción existente en los casos totales, los métodos "duros" experimentan un gran incremento

Si juntamos a los sujetos sin tratamiento y los que lo tenían de tipo médico no psiquiátrico obtendremos el 55,83% de todos los que han muerto en su primer intento.

La proporción es muy elevada y nos habla de la relativa eficacia que cualquier programa de prevención del suicidio tendrá si no toma en consideración a los pacientes no psiquiátricos y sus características personales y sociales (Reimer<sup>149</sup>).

En palabras de Ozsváth (Ver introducción nota 18) no hay una "típica personalidad suicida o una situación vital en la que el suicidio sea "la reacción" por excelencia. La gente con poca autoestima e insuficientes relaciones sociales responde ante las situaciones de stress de la sociedad actual con un comportamiento autodestructivo, una de cuyas posibles manifestaciones es el suicidio.

El 72% de los sujetos sobre los que se reconoce una

patología orgánica en el cortejo de circunstancias que rodean al suicidio lo consuman en su primer intento. Correspondiendo a esta categoría el 18,20% de este tipo de suicidas.

En la literatura es frecuente el hallazgo de la patología somática como explicación a un número extenso de casos tanto de suicidios consumado como de tentativas frustradas. Ella, por sí misma, se asocia a un mayor deseo de muerte, haciendo al intento más peligroso.

Se asocian así los métodos denominados duros (métodos más violentos en sí mismos, más eficaces en breve espacio de tiempo) a los sujetos que padecen dolencias orgánicas.

Ambos hechos se dan con mayor frecuencia, generalmente, en sujetos varones de edad superior a los 65 (De Leo - ver introducción nota 28, Conwell<sup>150</sup> y Schmitt<sup>151</sup>).

#### **Problemática Asociada: Ninguna**

Cuando alguien afirma, (refiriéndose a un suicida): "no tenía ningún problema", podemos entender varias cosas, pero en modo alguno que carecía de ellos.

Evidentemente esa pregunta es difícil de responder en una situación semejante, pero si alguien es tan categórico podemos encontrarnos ante una respuesta que quiere decir: "Es una acción desproporcionada a la magnitud de sus problemas" o bien "no me lo explico".

En el fondo ambas quieren decir lo mismo: ante el suicidio de una persona próxima lo que todos desean es una explicación, una causa que justifique y que tenga que ver poco con uno mismo, sin implicar a los demás, sin originar ese sentimiento de culpabilidad tan desagradable.....

El suicidio de un adicto a las drogas, en un estado avanzado de dependencia, es el que más fácilmente se explica por el entorno, el familiar, generalmente, se reconcilia en ese acto póstumo con él. En el extremo contrario, el suicidio del joven sin antecedentes genera en su ambiente una gran desestabilización. "No tenía ningún problema" es, más que una afirmación, una pregunta.

Observando las modalidades que aparecen relacionadas con esta en el sentido estrictamente matemático vemos que el TRABAJO FIJO se da en el 59,27% de los sujetos que entran en esta clase.

Entonces, no tener ningún problema podría querer decir que se tiene trabajo (lo cual, desde luego, no es fácil).

Resumiendo: en el 16,50% de los casos no es fácil hacer el diagnóstico a posteriori con este método y habremos de conformarnos con asumir lo que otros autores afirman a partir de los suicidios frustrados: Abusos sexuales en la infancia (Westen<sup>152</sup>). Pérdida de esperanza y sentimiento de soledad

(Hamdi<sup>153</sup>). Traumas en la infancia.

Así la vivencia del abandono por parte de los padres, maltrato, etc. serían revividos por el sujeto en su edad adulta en situaciones de stress emocional y potenciarían sus tendencias autodestructivos ( Van der Kolk: ver nota 43)

Para Rey y Bird (ver nota Bibliográfica 44) la causa está en los trastornos afectivos como desencadenantes.

Para Bron<sup>154</sup> entre las variables explicativas se encuentra la pérdida temprana del padre biológico y la inestabilidad social en la infancia, lo que se traduce, en la adolescencia y edad adulta en una mayor desconfianza hacia el medio y como factor precipitante los conflictos afectivos.

Visto lo anterior parece que estas notas concordantes para gran número de autores explicarían el suicidio de los más jóvenes y sería un lejano reflejo en la edad adulta.

Un autor afirmaba hace unos años que la conducta suicida se aprende, igual que se aprende a andar o a comer de una determinada manera, se aprende a responder ante los conflictos.

Se puede responder a ellos de muy diversas maneras pero lo que en su expresión externa es diferente (agresividad hacia el exterior o autoagresión) para Meninger son caras de la misma moneda: el deseo de muerte, de poner fin a la situación desagradable. Y justifica, de este modo, el aumento en la tasa de suicidios parejo al de la delincuencia.

Stack <sup>155</sup> sólo halla explicación para el primero de los fenómenos y no para el segundo.

Pascalis lo plantea en términos de trayectoria vital: El suicida ha tenido un acontecimiento que disloca en profundidad dicha trayectoria de una manera progresiva (por una serie de hechos concatenados) o abrupta, siendo incapaz de volver a retomar el rumbo, perdiendo autoestima y alejándose del medio que le rodea. Se inicia, así, una carrera cuyo final es la autodestrucción, a menos que se detenga el proceso. Si bien esta acción sólo será eficaz y duradera si se reconstruye como un puzzle al sujeto y no interfieren situaciones negativas en el período que dura dicha reconstrucción.

El 50,49% de los que fallecen en su primer intento conviven con una familia compuesta por más de dos miembros (207 individuos).

¿Se puede deducir de ello que los individuos que viven con su familia tienden a los impulsos autodestructivos más fuertes y utilizan métodos más eficaces?: Quizá, pero también que en este grupo de sujetos en los que consta, claramente, que es su primera vez; se van a encontrar distintos tipos de situaciones:

1º de un lado los sujetos con enfermedad psíquica que conviven con sus progenitores,

2º de otro los muy jóvenes,

3º a su lado los padres de familia alrededor de los 65 y de otro y

4º todos los que padecían de alguna enfermedad orgánica, etc.,etc

Como vemos son tan distintas sus procedencias que con los datos expuestos no podremos aventurarnos todavía a una clasificación exhaustiva, dejamos, su definición al apartado de análisis de los cluster.

Realmente lo más claro es que cuando un sujeto es catalogado como primera vez, existe una familia que convive con él y nos informa.

#### 1.2.2.2. NUMERO DE INTENTOS PREVIOS

El prototipo de sujeto que repite su intento suicida es aquel que utiliza como método la sobredosis medicamentosa.

Caracterizado por ser de sexo femenino y cuya familia se reconoce avisada.

Al plantearse el estudio de los factores de riesgo de repetición del suicidio y del potencial autodestructivo del mismo, los investigadores reconocen su dificultad para establecer un método suficientemente específico y sensible dado que el sujeto está sometido a lo largo de su vida a tal cúmulo de experiencias no controladas por el investigador que resultan de poca utilidad los estudios prospectivos en general, siendo más útil el seguimiento de sus ideas suicidas a lo largo del tiempo. (Hengeveld<sup>156</sup>).

#### DE UNO A TRES

- Sexo: Mujer
- Tipo de convivencia: Otros familiares
- Método en tentativa anterior
- Asistencia Sanitaria en intento anterior
- Tiempo transcurrido desde el último intento
- Antecedentes de suicidio en el entorno.

La categoría: "De uno a tres intentos previos" esta muy mediatizada por las variables: Método del intento previo, Asistencia recibida en el mismo y existencia de tratamiento psiquiátrico o no.

#### Sexo: Femenino

En general afecta más a las mujeres y se relaciona con el uso de fármacos en el intento previo lo cual a su vez está ligado

a un determinado tipo de tratamiento.

En el análisis de los resultados de los cluster podremos observar la interrelación de estas variables bajo el nexo común de sexo femenino.

Son sujetos con una intención de muerte clara, en los que el sistema empleado en la ocasión anterior falló. Pero el alto índice de precipitaciones, ahórcaduras, tráfico y ferrocarril habla a favor de que no fue tanto por su voluntad sino por la acción de terceros.

#### **Convivencia: Otros familiares**

El tipo de convivencia habla de desarraigo, de limitación del perimundo del sujeto pero también en algunos casos de una respuesta del entorno al aviso que suponía el intento previo.

Todos los autores coinciden en señalar como una de las causas desencadenantes del acto suicida el desarraigo, siendo este reconocido en las personas de edad como una de las principales causas entre la población mayor de 65 años y fundamental entre los que sobrepasan los 75 (Ver Bäuml<sup>157</sup>, Kreitman<sup>158</sup> y Feuerlein<sup>159</sup>).

Es fácil entender que en sí el vivir con "otros familiares" implica la pérdida de la pareja, de la salud o de las capacidades físicas y/o psíquicas que le hacen independiente. La disminución en la capacidad de decisión propia y en la autoridad.

Estos factores asociados se traducen, generalmente, en una disminución de la autoestima que en sujetos con ánimo autolítico, puede traducirse en una serie corta de tentativas suicidas, no bien apreciadas por el entorno y que en este tipo de sujetos puede tener un cierto carácter altruista ("soy una carga" se encuentra entre las expresiones recogidas por la familia como aviso por parte del sujeto). Esta modalidad se da más entre personalidades autoritarias a las que la pérdida de control sobre las circunstancias genera gran ansiedad.

#### **Tiempo transcurrido desde el último intento**

Entre estos sujetos la repetición del suicidio se produce con más frecuencia transcurrido más de un año del intento anterior, obteniendo la tasa más alta a partir de los tres meses.

En ellos existe una forma especial de responder ante el estres social que les conduce a la autólisis como vía de escape frente esta condición negativa (153), más que una compulsión por el acto con gran tendencia a la destrucción, propia de los sujetos que lo intentan más veces.

Por otro lado los individuos que a partir del intento previo se encontraban en tratamiento tienden a abandonar el mismo a

partir de los pocos meses, disminuyendo el control del entorno sobre el sujeto a partir de estas fechas y por tanto mayores posibilidades de actitudes suicidas.

Los sujetos que lo intentan antes de transcurrida una semana se distribuyen en tres grupos diferenciados:

Un 30% recibían tratamiento ambulatorio orgánico, eran ancianos y en su entorno no parece habersele dado mucha importancia al intento de suicidio previo.

El 30% recibía tratamiento ambulatorio psiquiátrico por "Depresión" y "psicosis maniaco depresiva".

El resto no estaba en tratamiento y presentaba entre su problemática la adicción a las drogas o bien problemas en la esfera afectivo-sentimental.

En esta submuestra (de pocos intentos previos) todas las categorías de la variables tiempo son significativas debido a que es una descripción que engloba tanto a los que tienen un ánimo autolítico potente como a aquellos, que aún no teniendolo, el método empleado excedió a las pretensiones<sup>1</sup> (Pallis y Gibbons<sup>160</sup>).

Si la asistencia fue en UCI y el sujeto siguió en tratamiento, el suicidio consumado no se producirá antes de un año.

De cualquier forma, estas aseveraciones no son rigurosas ya que esta variable es caracterizada por todas las circunstancias que rodean al sujeto. Una forma especial de responder ante las circunstancias adversas, define a este tipo de suicida; de que estas se produzcan o no, va a depender que lo vuelva a intentar.

Y de la suerte que tenga en el intento su muerte.

#### Antecedentes de suicidio en el entorno

El 52,25 % de ellos tienen antecedentes de suicidio en su entorno familiar. Podemos, pues, apuntar hacia los resultados obtenidos por otros autores:

De Papadimitrou<sup>161</sup> en el sentido genético estricto.

Mc. Namee (ver nota 23) ó Reich<sup>162</sup> en la influencia que los antecedentes de suicido tienen en la conducta suicida de los enfermos mentales.

O de Krarup<sup>163</sup> en orden a interpretar el suicidio como una conducta aprendida a partir de modelos familiares.

---

<sup>1</sup> A efectos de ilustrar este aspecto reseñaremos el suicidio de una joven en casa de su novio antes de transcurrido una semana del intento anterior; el familiar entrevistado justifica el hecho en base a que "era una exagerada y siempre respondía de ese modo"

Siendo difícil desde la perspectiva de enfoque de este trabajo.

### Tratamiento recibido en el intento anterior

Desgraciadamente el 20,68% de los sujetos no recibieron asistencia tras el intento anterior y escapando al control médico, lo consumaron algún tiempo después.

De los sujetos que se encontraban en tratamiento psiquiátrico en el momento de la muerte, el 22,41% se intentaron suicidar con anterioridad una o dos veces.

La relación entre el número de intentos previos y el tipo de tratamiento es significativa.

Ahora bien: hay aproximadamente un 60% de sujetos que pese a tener, al menos, un intento previo, no recibe tratamiento ambulatorio psiquiátrico.

Entre los que no reciben tratamiento destacan los ancianos y los que tienen peores relaciones con su medio.

### MAS DE TRES INTENTOS PREVIOS

- Método del suicidio: Sobredosis medicamentosa
- Método del intento previo: Sobredosis medicamentosa
- Asistencia médica recibida: Ninguna, leve.
- Tiempo transcurrido: De 1 a 4 semanas

Este es el sujeto con hábito suicida, en el que existe una compulsión hacia la muerte.

Hemos recogido en el estudio a 19 varones y a 17 mujeres de estas características.

Siete de ellos ingresados en hospital psiquiátrico y una mujer que lo hubiera hecho al día siguiente.

El diagnóstico solo estuvo disponible en cuatro casos: dos esquizofrénias y dos psicosis afectivas.

Observando la problemática asociada a estos sujetos se perfila la enfermedad mental (14 casos) como factor principal seguida de las limitaciones físicas graves (6).

La escasa asistencia necesitada en los intentos previos tiene su explicación en el entorno del sujeto que se encuentra vigilante, llega a tiempo. Por su parte la relación del sujeto con el entorno familiar se encuentra muy limitada, cada nuevo intento la separación es mayor, aumentando el riesgo de que por fin se consume el suicidio (Lester: Ver nota 81).

La comunicación del enfermo con el medio que le rodea pasa a ser un mero jugar con la muerte, se vuelve asfixiante y la familia pierde la esperanza de la recuperación, cada nuevo intento limita al enfermo en su comunicación con los demás y aumenta el riesgo de que la siguiente vez sea la definitiva. Simultáneamente la familia se siente presa en este nuevo tipo de relación y, o bien, se desentiende, dejando progresivamente de culpabilizarse o pasa a experimentar una hostilidad manifiesta. (Ver Gaillard<sup>164</sup>, Lester<sup>165</sup>, Gabriel nota 65, Lupo nota 61 y Orbach<sup>166</sup>).

### 1.2.2.3. MÉTODO DEL INTENTO PREVIO

El principal método utilizado fue la SOBREDOSIS MEDICAMENTOSA (53 casos), seguida muy de lejos por la ahorcadura (10), la precipitación (9), el arma blanca (6) y el arma de fuego (5), el ferrocarril (5) y el tráfico (4).

Para Lonqvist<sup>167</sup> el factor de riesgo suicida más importante será el antecedente premeditado, de moderada a severa letalidad per se y clara intención de morir en el intento precedente: En nuestro trabajo sí podemos afirmar que los que utilizaron métodos más letales lo consiguieron antes. Aunque existe un gran porcentaje de "método anterior: Medicamentos" - (36,94%).

Ahora bien, observando el porcentaje de sujetos que con uno a tres intentos previos utilizaron estos métodos anteriormente sí que comprobamos los resultados de Lonqvist:

El 77% de los precipitados, el 83% de los de arma blanca o el 80% de los que se tiraron a un tren, lo consiguieron al siguiente intento, también el 77% de los que utilizaron medicinas y es que lo que cuenta es el deseo real de morir (el 21% según Suokas lo consigue) (ver nota bibliográfica 62).

La explicación a esta aparente contradicción: la utilización de medicamentos en la tentativa anterior con mayor intención de morir la encontramos en las siguientes modalidades significativas:

el tratamiento ambulatorio psiquiátrico,  
el sexo femenino o,  
el 100% de los atendidos en la U.C.I.

Explican el fenómeno como una serie de eslabones en la misma cadena que envuelve al sujeto, sin olvidar el tiempo transcurrido desde el último intento. Todos juntos y no por separado, cada uno con su peso específico (variable en cada sujeto) conducen al mismo final.

Existe relación entre el método utilizado en el intento consumado y el precedente: El sujeto que consuma su suicidio con medicamentos, lo hizo por el mismo procedimiento en su intento previo.

### 1.2.2.3. ASISTENCIA MEDICA EN EL INTENTO PREVIO

Esta variable no es característica de la población suicida, la mayor información suministrada la obtuvimos de los sujetos que habían tenido un pequeño número de intentos previos, por tanto discutiremos los resultados en base a esta categoría:

#### Asistencia en U.C.I.:

Este grupo se nutre de los sujetos que utilizaron los métodos más duros en el intento anterior y pudieron llevarlo a cabo y de los intentos por medicamentos mejor preparados, que se asocian con el intento definitivo por un método más violento (solo fueron 16 sujetos).

#### Asistencia leve:

La mayoría de ellos pertenece a los que usaron fármacos, o el método empleado no pudo consumarse en su totalidad por la intervención de terceros (38 sujetos).

#### Ninguna Asistencia:

El 64,29% de los que no recibieron ninguna asistencia médica tras el intento anterior lo consuman en el siguiente y además se encuentran entre los que lo intentan poco número de veces antes (14).

Desgraciadamente el 20,68% de los sujetos no recibieron asistencia tras el intento anterior<sup>2</sup>, escaparon al control médico, consumando su suicidio poco tiempo después.

### 1.2.2.4. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INTENTO PREVIO

1º: Existen dos períodos de alto riesgo en el sujeto que ha sobrevivido a una tentativa de suicidio: de la segunda a la cuarta semana y a partir del tercer mes (Hodes<sup>168</sup>).

2º Existe una diferencia significativa (y a tener en cuenta) entre los sujetos que utilizan en su intento definitivo los medicamentos y el resto:

Para los primeros el período de más peligro es el que se extiende desde una semana a un mes tras el intento. Es el tiempo en que se empiezan a relajar las vigilancias constantes, y el sujeto tiene un mayor acceso al control personal de su medicación (no hay que olvidar que la inmensa mayoría de ellos no necesitó una asistencia médica intensiva tras su anterior intento).

---

<sup>2</sup> Hay que tener en cuenta que en este cálculo hemos suprimido la categoría de los "no consta tentativa anterior" y, por lo tanto, es un cálculo aproximado, no absoluto, sobre la muestra. En ella, constituyen el 1,63% del total, incluidos los que nunca lo intentaron antes que son 412 sujetos.

En el segundo caso, aquellos que utilizan otros métodos, principalmente: la precipitación y la ahorcadura, su asistencia médica fue más importante y dejan pasar más de tres meses, incluso un año para consumarlo.

Un suicidio violento exige de la persona que lo realiza un mayor acto de voluntad y fuerza que el de una sobredosis medicamentosa.

Por otro lado los individuos que a partir del intento previo se encontraban en tratamiento tienden a abandonar el mismo a partir de los pocos meses, disminuyendo el control del entorno sobre el sujeto a partir de estas fechas.

**Tiempo transcurrido: Menos de una semana:**

De los sujetos que habiéndolo intentado antes, se suicidan antes de transcurrida una semana hemos encontrado aproximadamente un 30% que reciben tratamiento ambulatorio orgánico, son ancianos y en su entorno no parece habersele dado mucha importancia al hecho anterior. El 30% recibía tratamiento ambulatorio psiquiátrico por "Depresión" y psicosis maniaco depresiva.

El 10% no estaba en tratamiento y presentaba entre su problemática la adicción a las droga o problemas familiares y sentimentales. Un individuo se encontraba ingresado como resultado de su intento anterior por medicamentos. La consumación del suicidio se llevo a cabo en todos los casos por medios violentos.

**Tiempo transcurrido: de una semana a tres meses:**

En la totalidad de los suicidas reincidentes el mayor peligro se encuentra en el primer mes, tras el intento fallido.

**Tiempo transcurrido: de tres meses a un año:**

El 27,71% de los reincidentes consumaron su suicidio en este espacio de tiempo, en este grupo se encuentran los que tuvieron una asistencia en U.C.I. y aquellos cuya tendencia al suicidio es una reacción vivencial más que producto de la enfermedad, en este grupo se encuentra el mayor número de sujetos pero la diferencia es muy escasa frente al primer mes (23 a 21).

**Tiempo transcurrido: mas de un año:**

Tienen escaso número de intentos y el tiempo transcurrido es muy elevado.

El suicidio tiene relación con circunstancias de intenso stress en el ámbito de las relaciones interpersonales.

### 1.3. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO SANITARIO

En la muestra de 858 sujetos el contacto sanitario era recogido por la variable: "tratamiento a que estaba siendo sometido en el momento de la muerte".

Esta variable es una de las mas importantes a la hora de describir el fenómeno del suicidio a la vista del análisis estadístico de nuestros datos.

El tratamiento del sujeto tiene relación significativa con el resto de las variables descriptivas, es hecho nos permite afirmar que es la mas importante de las variables descriptivas halladas.

#### 1.3.1. DESCRIPCIÓN DEL CONTACTO SANITARIO EN LA POBLACIÓN SUICIDA TOTAL (858 casos)

##### 1.3.1.1. DESCRPCION SEGUN EL TIPO DE CONTACTO

##### 1.3.1.1.1. TRATAMIENTO AMBULATORIO PSIQUIATRICO

###### - Convivencia: Familia extensa

La correlación entre estar en tratamiento ambulatorio psiquiátrico y vivir en familia de más de dos miembros es grande, alrededor del 50% en ambos casos.

La convivencia de estas características hace suponer que el individuo tiene un mayor soporte social, lo que facilita que reciba tratamiento.

Por otro lado representa al sexo y estado civil de estos individuos: amas de casa.

El 44,82% de este grupo son mujeres y de las mujeres de la muestra el 47,86% están en tratamiento ambulatorio psiquiátrico: Este resultado corrobora el hecho de que la mujer demanda antes y más intensamente los servicios de salud, es más comunicativa y su planteamiento existencial es más social, abierto al medio del que demanda una mayor intervención.

El que tan alto porcentaje esté en tratamiento también nos invita a revisar el tipo de tratamiento a que están sometidas.

###### - Tentativas anteriores: de dos a cuatro

Son sujetos que ya lo han intentado antes y por lo tanto están en tratamiento en el momento del éxitus (un 60% de los que lo han intentado antes, al menos una vez, están en tratamiento psiquiátrico).

Son personas cuyo intento es serio, aún cuando, por el tipo de convivencia y el método que emplean, fallen en un pequeño número de casos.

**- Lugar: domicilio propio**

Un 78,60% de los sujetos en tratamiento ambulatorio psiquiátrico cometen su suicidio en su propio domicilio.

**- Método utilizado en el intento anterior medicamentos**

El 66,04% de los utilizaron este método en la tentativa anterior están en tratamiento psiquiátrico ambulatorio. De lo que se deduce que la mayoría de ellos ya estaban en tratamiento.

El 11,71% de los que están en tratamiento de este tipo lo intentaron antes con medicamentos.

**- Método utilizado para el éxitus: medicamentos**

Más de la mitad (57,14%) emplea este método para suicidarse. Será pues necesario un control estricto de la medicación y su manipulación si se pretende disminuir este sistema de autolisis.

**- Situación laboral: ama de casa, baja laboral.**

El 14,72% de los que están en tratamiento ambulatorio psiquiátrico son amas de casa, el 53,01% de las amas de casa están en tratamiento con psicofármacos. Ahora bien en la muestra general esto corresponde al 5,12% del total de individuos (858). Es sobre este 5,12% sobre el que será fácil actuar prestando una mayor atención a la patología psiquiátrica de las amas de casa.

Algo más de la mitad de los que estaban de baja se encontraba en tratamiento psiquiátrico ambulatorio, corresponden a un pequeño porcentaje sobre la muestra total: el 9,36%.

**- Problemática social: no consta, ninguna**

En el 67,89% de los sujetos en tratamiento de este tipo no consta ninguna problemática, desde el punto de vista del familiar entrevistado y en el 15,05% se declara que no existe tal. Esto hace un total del 82,94% en el que se atribuye a la patología psiquiátrica exclusivamente el ser el desencadenante del suicidio consumado.

Con respecto a la muestra total, estos sujetos son el 28,90%.

En la bibliografía el porcentaje recogido es más elevado: El 36% en el estudio de Chambers (ver notas 120, 121). El 59,43% en el de Gabriel (nota 165). El 88% en las autopsias psiquiátricas sobre 18 casos hechas por Conwell (nota 150) y el 88%, también, para Lee<sup>169</sup>.

**- Antecedentes de suicidio en el entorno**

El 42,39% de los sujetos que no tienen antecedentes de suicidio en su medio ambiente están en tratamiento psiquiátrico de este tipo. En el 39,13 de ellos no existen antecedentes de este tipo.

Los sujetos en los que consta que tienen antecedentes en su familia son sólo 13 (1,5%). De ellos 6 en tratamiento ambulatorio psiquiátrico. Es decir el 46% de los que sí tienen antecedentes familiares, o al menos nos consta, están en tratamiento psiquiátrico. Evidentemente no es un dato que se pueda llamar estadístico, pues la muestra es muy pequeña pero nos impulsa a pensar que, con una anamnesis orientada y escogiendo al familiar entrevistado (pariente próximo, y si es posible: de su misma sangre), podríamos obtener una significación estadística muy semejante a la obtenida por Demeter (ver nota 121) y Reig.

La explicación a la significación del "No existen antecedentes" está en la forma dirigida de la entrevista, en la base de datos existen 569 en que no consta si existían o no, y sólo 289 en que consta una respuesta, siendo el porcentaje de respuesta afirmativa del 4,49%.

**- Tiempo transcurrido desde el intento previo**

Quienes lo intentan son aquellos que están en tratamiento psiquiátrico o no tiene ningún tipo de control sanitario, distribuyéndose, significativamente, los psiquiátricos, en los tres primeros meses o lo hacen más de un año después.

El grupo de los que no están en tratamiento psiquiátrico se distribuye más homogéneamente.

La significación estadística de sólo la categoría "más de doce meses", interpretada debidamente, conduce a los mismos resultados que los obtenidos por otros autores y tiene su base en la distinta distribución temporal de las categorías de la variable tiempo. Ver Suokas (nota 62), Kurz (nota 82) y Torhorst<sup>170</sup>.

**- Edad: 43-54 años**

El 45,76% de los sujetos de esta edad se encuentran en tratamiento psiquiátrico y esto a expensas fundamentalmente de las mujeres.

Habrà pues que dirigir más atención a las mujeres, amas de casa comprendidas en este segmento de edad, ya que es el grupo que más ayuda demanda de los servicios sanitarios, también será el que más fácilmente puede ser ayudado.

**- Estado civil: divorciado**

La variable estado civil sólo tiene significación con respecto al tratamiento para la categoría: Divorciado.

El 53,33% de los divorciados en nuestro estudio estaba en tratamiento psiquiátrico.

**1.3.1.1.2. TRATAMIENTO AMBULATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO**

**- Problemática social acompañante:patología orgánica**

Que en el 54,64% de los sujetos en tratamiento ambulatorio orgánico sea la patología orgánica la problemática considerada desencadenante del suicidio es significativo.

Primero por sí misma, demostrando que es una causa importante de autolisis, por lo que conlleva de ruptura de la trayectoria vital, frustración de expectativas, pérdida de la autosuficiencia y disminución de autoestima, además de sufrimiento físico. Pero también porque indirectamente nos habla de los otros sujetos (43) que están sometidos a un tratamiento médico por causa orgánica a los que no se les atribuye problemática referida a esta causa y que sin embargo se suicidan .

**- Situación laboral: jubilado**

El 25,86% de los jubilados está en tratamiento orgánico ambulatorio, representando el 70,19% de los sujetos que integran este grupo.

Con el aumento de la edad el tipo de población va paulatinamente cambiando, primero las personalidades psicopáticas, luego las depresiones bipolares, las depresiones monopolares y por último las reactivas por pérdidas afectivas y enfermedad.

La vejez es la etapa que más patologías conlleva y también donde estas cobran una gran fuerza actuando de crisol donde se prueba al ser humano en su conjunto.

La respuesta puede ser un gran deseo de muerte y por tanto, un método muy virulento (De Leo, nota 149).

**- Tentativas anteriores: es la primera**

En el 78,35% de los sujetos que reciben este tratamiento es la primera vez que lo intentan, el resultado, significativo, está en consonancia con otras modalidades, como son: edad, y jubilación. Es característico de las personas de edad que si tienen ganas de morir, no utilicen métodos dudosos. En la patología orgánica es todo el sujeto el que se siente amenazado, su integridad más profunda se deshace surgiendo en él el impulso al suicidio.

También es cierto que en este grupo de pacientes se

encuentran los graves y los que no padeciendo una patología grave, si la sufren de forma crónica. En un pequeño porcentaje se hace referencia a patologías no invalidantes y se achaca a la demencia senil la causa del suicidio.

**- Edad: 79-98 Y 66-78**

El 31% de los sujetos de edad comprendida entre los 66 y los 78 años y el 22,50 de los del estrato inmediatamente inferior están sometidos a este tipo de tratamiento, lógicamente el porcentaje va aumentando en función de los años como en la población general no suicida.

**- Estado civil: viudo**

Asociado a través de la edad con el aumento de la patología orgánica. La viudedad condiciona también una selectiva mirada hacia la patología propia. Es bastante frecuente encontrar a viudos y viudas (más estas, por ser mayor su número) que acuden al médico generalista o de familia con inusitada frecuencia, cuando tan solo un corto período de tiempo antes no sabían ni su nombre. El fenómeno, estudiado por diversos autores, se explica por la vivencia aumentada de la soledad el ensimismamiento, que como decía Cervantes "hace a uno perder el seso". En el fondo es muy importante no dejarse llevar por las apariencias e investigar a fondo la existencia de una psicopatología en el seno de la demanda de tratamiento médico frecuente, a cualquier edad y condición del paciente pero con más intensidad en los ancianos y más si han perdido a su pareja como en este caso.

**- Lugar: domicilio propio**

Ya lo hemos visto en el apartado correspondiente a métodos, pero conviene resaltar que las especiales condiciones físicas del paciente orgánico le limitarán el acceso a la vía pública condicionando su suicidio en el domicilio propio, máxime si su edad es elevada.

**- Existencia de aviso previo: no**

En el 38% de los sujetos en tratamiento orgánico no va a haber aviso previo, o al menos, no va a ser reconocido por el entorno del sujeto. Más cabe esta posibilidad debido a que el enfermo invariablemente ve roto su nexo de relación con el medio que le rodea, siendo a menudo la propia patología el filtro a través del cual todos los mensajes son puestos en clave condicionando una paulatina separación y aislamiento.

Sería fundamental el hacer consciente este hecho para todos aquellos que conviven o trabajan con el sujeto enfermo.

### **1.3.1.1.3. INGRESO PSIQUIÁTRICO**

En ingreso psiquiátrico se encontraban en el momento de su

suicidio consumado 22 personas.

**- Convivencia: hospital**

El 72,73% de los sujetos ingresados convivían habitualmente en el hospital, aunque parece un contrasentido, sólo se catalogó como conviviendo en el hospital a aquellas personas con un ingreso prolongado, diferenciándolas así de las que acababan de hacerlo y por tanto su convivencia habitual era: con su familia, solos, etc.

**- Situación laboral: baja**

El 22,32 de los que están dados de baja laboralmente lo están por un ingreso psiquiátrico. El 27,27% de los ingresos psiquiátricos están dados de baja laboral, es decir, en condiciones normales tienen trabajo, o al menos lo han tenido (seis casos).

En sujetos semejantes Wetzel<sup>171</sup> identifica como factores correlacionado con el riesgo elevado de intentar el suicidio tanto a la pérdida de esperanza (ya expuesto aquí ) como el descenso en la autoestima<sup>172</sup> .

**- Problemática: judicial**

Tres personas se encontraban ingresados en el hospital psiquiátrico por orden judicial, es a ellos a los que se refiere esta modalidad, en dos casos lo estaban por haber cometido uxoricidio. Sus edades superaban los 60 años, eran, como es natural: varones.

El tercero estaba en el psiquiátrico penitenciario, tenía 21 años y más de cuatro tentativas anteriores.

**- Existió aviso previo: si**

Este aviso se dice que existió en el 36,36% de los ingresados, está claro que si los sujetos estaban ingresados, su patología psiquiátrica no era leve, teniendo en cuenta el alto porcentaje de tentativas de suicidio anteriores que poseen estos sujetos, es de considerar el porcentaje para esta variable normal.

**- Método del intento previo: arma de fuego**

Por su extraordinaria rareza es significativa la aparición de este método como sistema de la tentativa anterior.

Evidentemente sólo dos, pero ambos en ingreso psiquiátrico.

Ambos salieron con permiso de fin de semana, uno padecía esquizofrenia paranoide (26 años) y el otro: varón, 34 años, casado, con 1 tentativa anterior y sin que hayamos podido saber su diagnóstico (34 años).

#### 1.3.1.1.4. INGRESO MEDICO QUIRURGICO

- Convivencia: hospital
- Lugar del suicidio: institución

El 92,59% de los sujetos ingresados en un hospital por causa orgánica cometieron su suicidio en el mismo hospital, frente al 72% de los ingresados psiquiátricos. Lo cual nos habla acerca de las medidas de vigilancia más estrictas que, lógicamente, dominan los hospitales psiquiátricos que los generales.

- Problemática: patología orgánica

El 81,48% de los ingresados por causa orgánica, refieren esta problemática, representando a su vez el 21,15% de los que manifiestan padecer por su pérdida de salud física.

- Sexo varón

El sujeto que se suicida estando hospitalizado por un tratamiento orgánico es en el 100% de los casos: varón.

El diferente comportamiento entre ambos sexos en esta categoría nos permite comprobar lo reconocido en la literatura acerca del tema. "La enfermedad orgánica es un motivo serio de tentativa de suicidio, sobre todo si el sujeto es varón y de edad".

- Existencia de aviso previo: no

El sujeto, no avisa, o al menos, el medio que le rodea no reconoce la situación como peligrosa.

- Método: precipitación

En el Hospital se dispone de muy pocas cosas, por tanto, es lógico que el método empleado sea la precipitación: siempre hay una escalera o una ventana y lo único que se necesita es poder llegar a ella.

La mayoría de los autores señalan la alta relación entre la patología orgánica grave y el suicidio, Allebeck (Ver nota bibliográfica 77), en Suecia, estudió entre los años 1975 y 1985 a los pacientes cancerosos, y aunque, señala, el riesgo de suicidio en esta población no es muy alto, sí supone el doble de los suicidios que existen en la población general.

Todos los autores coinciden en señalar a la patología orgánica como un factor predisponente al riesgo de suicidio, si bien es cierto que se ha de encontrar asociada a otros factores para desencadenar el hecho (Charlifue nota bibliográfica 78).

Hemos encontrado como referencias al suicidio entre la población ingresada en hospitales generales, no psiquiátricos,

muchas referencias al S.I.D.A. y su manejo durante el ingreso (Erfurth Ver nota 122).

**- Situación laboral: baja laboral**

El 25,93% estaban dados de baja, lo cual implica un trabajo, el porcentaje es similar al de los ingresos psiquiátricos.

**- Año: 1991**

Cada año aumenta el porcentaje de suicidios en hospital general:

Año	Casos
1989	3
1990	9
1991	15

Sería lógico pensar que este dato vaya en aumento. No se asocia a una patología determinada de forma significativa. Han aumentado los casos de S.I.D.A.

Pero también se produjo en 1991 un aumento de las muertes en enfermos de cancer. En el mes de Agosto y Septiembre del último año del estudio hubo un aumento importante en relación a los dos anteriores.

**1.3.1.1.5. NINGÚN TRATAMIENTO**

**- Tentativas anteriores: es la primera**

El 66,96% de los sujetos que no estaban sometidos a ningún tratamiento consiguieron su autolisis en el primer intento. Para la modalidad: "primer intento" el porcentaje de no tratamiento es del 37,38%.

**- Edad: 10-17 y 18-24**

El 83,3% de los suicidas entre 10 y 17 años que han consumado su suicidio no estaban en tratamiento. Con porcentaje más bajo, pero también significativo se encuentra el siguiente segmento de edad: 18-24 (40,59%). Constituyendo ,entre ambos grupos, el 24,38% de los sujetos sin tratamiento en el momento de la muerte.

**- Situación laboral: trabajo fijo, estudiante, otra.**

El 40,5% de los que se encontraban trabajando no seguían ningún tratamiento. El 55,36% de los estudiantes se encontraban en la misma situación. El 84,625 de los de otra situación laboral tampoco.

En cuanto al sector que constituyen en el grupo: "Sin tratamiento" los que trabajaban son el 34,35%, los estudiantes el 13,48% y los de otra ocupación el 4,78%.

- **Problemática social: económica, familiar, ninguna**

En relación a no tener tratamiento alguno la problemática, de las tres, más frecuente es "ninguna: no se le reconoce ningún factor de stress social desencadenante del hecho.

Los problemas económicos ocupan el 6% y los familiares el 4,35%.

La distribución en función de la problemática de los sujetos de los sujetos adscritos a este grupo es: 77,78% en los de problemas económicos, 76,92% en los de problemas familiares, y 37,50% en los que carecían de problemática asociada.

- **Existencia de aviso previo: no**

En el 32,61% de los que no estaban siendo vistos por ningún médico no existía constancia de aviso previo, por parte del entorno.

En el 38% de los casos en que no existía tal constancia en el entorno no existía ningún motivo para preocuparse por la salud del sujeto. Parece lógico que en los sujetos que no presentaban necesidad de tratamiento antes no exista tanta constancia de aviso previo como en los otros, y por tanto, el medio familiar no descarta esta posibilidad.

- **Estado civil: soltero**

El 50% de los del grupo objeto de este apartado son solteros.

El 34,33% de los solteros no siguen un tratamiento médico.

Los solteros son menos cuidadosos de su estado de salud que los que viven en pareja o tienen hijos. Tienen menor soporte social y por lo tanto hay un porcentaje significativo de sujetos sin tratamiento, lo cual no quiere decir que no lo necesiten, simplemente que no han acudido a demandar asistencia médica.

- **Lugar: vía pública lejos de su domicilio**

Esta variable viene determinada por el método que eligen, por la mayor movilidad del individuo joven y por sus especiales circunstancias sociales que le impulsan a alejarse para consumir su autólisis.

El 20% de los que no tienen tratamiento, en el 42,11% de los que lo hacen lejos de casa están en esta circunstancia.

**- Convivencia: solo**

El 29% de los que carecen de atención médica vive solo.

El 42,45% de los que viven solos no tienen tratamiento: el individuo que vive solo dispone de menos mecanismos en torno a sí para prestarle ayuda. Es difícil que el medio conozca sus intenciones (aunque este trabajando) y por tanto pueda actuar de alguna manera.

**- Solicitud de ayuda: si, implícita**

El 61,11% de los sujetos a los que se les adjudicó una solicitud de ayuda, (una llamada de auxilio) de forma implícita carecían de tratamiento. La respuesta afirmativa a esta variable ha sido muy pequeña (De las dos posibilidades: "Sí, explícita" y "Sí, implícita" sólo ha habido 50 respuestas, 32 y 18 respectivamente).

Ante la muerte como hecho irrevocable la familia, los conocidos o amigos se preguntan la causa y es entonces cuando cobra sentido el gesto, la llamada, que antes no fue comprendida por la falta de datos, por faltar al puzle alguna pieza, o simplemente, porque no había tiempo para pararse a reconstruirlo.

En los sujetos en los que se apunta la petición implícita de auxilio se recoge siempre el dato de la llamada telefónica o la visita a un hermano, padre o madre (en general un familiar próximo), en su defecto la visita al médico, al lugar de trabajo.... y a la salida, tan pronto como les es posible, su suicidio. Para que quede clara la relación de la visita con la muerte, o, tan solo, fruto de la desesperanza.

**- Método: arma de fuego**

El 39,29% de los que utilizaron este método no recibían atención médica, correspondiendo al 14,35% de esta categoría.

Evidentemente si el sujeto está sometido a tratamiento y más si este es psiquiátrico el uso de un arma esta limitado.

**1.3.1.2. DIAGNOSTICO MÉDICO (PARA AQUELLOS EN LOS QUE CONSTA) EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO RECIBIDO**

Lo reseñado se encontró en los informes de autopsia o al existir una copia de un informe médico en el expediente; la transcripción es literal y no se atiene a ninguna nomenclatura determinada.

## 1.3.1.2.1. TRATAMIENTO AMBULATORIO PSIQUIÁTRICO

	Casos
Esquizofrenia	27
Psicosis Maniaco-depresiva	4
Paranoia	5
Psicosis residual (depresión)	1
Depresión	57
Neurosis obsesiva	1
Ansiedad	4
Alcoholismo	4
Ingreso Psi.próximo o previo	18
Parkinson	1

(Total de sujetos: 299, diagnóstico: 122 (40,80%))

(Tabla IV- 1.5.: Diagnóstico en sujetos en tratamiento psiquiátrico ambulatorio)

## 1.3.1.2.2. TRATAMIENTO AMBULATORIO ORGÁNICO

	Casos
Esquizofrenia	1
Alcoholismo	1
Drogadicción	2
Depresión reactiva	5
Altzheimer	1
Demencia senil	4
Epilepsia	2
Ingresos Psig.anteriores	1

(total de sujetos: 97, diagnóstico: 17 (17,52%))

(Tabla IV- 1.6.: Diagnóstico en sujetos en tratamiento ambulatorio orgánico)

## 1.3.1.2.3. INGRESO PSIQUIÁTRICO

	Casos
Esquizofrenia	2
Paranoia	1
Drogadicción	1

(Total de sujetos: 22, diagnóstico: 4 (18,18%))

(Tabla IV- 1.7.: Diagnóstico en sujetos en ingreso psiquiátrico)

## 1.3.1.2.4. INGRESO ORGÁNICO

	Casos
Drogadicción	1
Alcoholismo	1

(Total de sujetos: 27, diagnóstico: 2 (7,40%))

(Tabla IV- 1.8.: Diagnóstico en sujetos en Ingreso Orgánico)

## 1.3.1.2.5. NINGÚN TRATAMIENTO

	Casos
Esquizofrenia	1
Ingresos Previos Hosp.Psiq.	4
Drogadicción	8
Alcoholismo	4
Demencia senil	8
Depresión	14
Neurosis obsesiva	1
Depresión reactiva	4
Síndrome de Gelineau	1
Abandono en la infancia	1

(total de sujetos: 230, diagnóstico: 46 (20%))

(Tabla IV- 1.9.: Diagnóstico en sujetos Sin Tratamiento)

## 1.3.1.2.6. NO CONSTA TRATAMIENTO

	Casos
Alcoholismo	5
Esquizofrenia	1
Depresión reactiva	1
Depresión	1
Drogadicción	1
Suicidio ampliado	1

(Total de sujetos: 183, diagnóstico: 10 (5,46%))

(Tabla IV- 1.10.: Diagnóstico en sujetos sin constancia de tratamiento)

Sin entrar en consideraciones con respecto a la terminología empleada (se ha copiado de forma literal el juicio diagnóstico del informe presentado por la familia), se obtiene un total de: 202 diagnósticos, distribuidos de la siguiente manera:

	%	Casos
Esquizofrenia	15,84	32
Psicosis Residual	0,49	1
Paranoia	2,97	6
Psicosis Maniaco Depresiva	1,98	4
Alcoholismo	8,91	18
Drogadicción	6,43	13
Depresión	41,09	83
Neurosis obsesiva	0,99	2
Ansiedad	1,98	4
Altzeimer/Demencia senil	6,43	13
Parkinson	0,49	1
Epilepsia	0,99	2
Ingresos Psiquiátricos	11,38	23

(Tabla IV- 1.12.: Diagnósticos psiquiátricos obtenidos en la muestra de 858 individuos)

(El Síndrome de Gelineau presentaba además una depresión reactiva la cual ha sido considerada a efectos de la tabla del diagnóstico global).

Evidentemente los síndromes depresivos son mayoría en esta muestra, para evaluar la certeza de estos resultados hemos de compararlos con el estudio de las historias clínicas y contacto con el sistema sanitario asistencial en una area sanitaria determinada.

En el año 1988 el Ministerio de Sanidad y Consumo estimaba la prevalencia de trastornos crónicos de salud mental en un 17% de la población, y del 23% para los problemas agudos.

El 25% de los pacientes de atención primaria (según los médicos de familia) tienen trastornos mentales.

Se estima que el 13% de los casos necesitan algún tipo de intervención psiquiátrica (Ver Plan de acciones en Salud Mental).

Tenemos constancia de la asistencia psiquiátrica al 46,75% de los sujetos del área estudiada que consumaron su suicidio.

### 1.3.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS EN EL AREA SANITARIA ESTUDIADA

Han sido 73 los sujetos estudiados en el area sanitaria.

Su distribución porcentual ha sido:

	Casos	%
Sin Contacto Sanitario	20	27,39
Contacto Psiquiátrico	34	46,57
Contacto Médico Quirúrgico	19	26,02

(Tabla IV- 1.13 : Distribución de los sujetos del área sanitario según el tipo de contacto asistencial)

Se deduce que el suicidio es esencialmente un problema psiquiátrico.

A la vista de lo ya expuesto está claro que el nivel de significación del tipo de contacto sanitario ha de ser grande.

Es por ello, por lo que las variables que definen al sujeto suicida se ven explicadas en su relación del sistema asistencial: la edad, el sexo, el estado civil, la situación laboral, la problemática o incluso la procedencia miradas bajo la luz de la demanda que el sujeto hizo del sistema asistencial se aglutinan conformando ante nuestra mirada.

Pasemos a ver los rasgos característicos del suicidio y de su agente según esta variable.

#### 1.3.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y SANITARIAS DE LOS SUICIDAS DEL ÁREA

Este área se caracteriza por la mayor prevalencia de suicidio entre ancianos, adictos a drogas y enfermos con patología no psiquiátrica de carácter grave. Siendo por tanto necesaria la consideración de estas peculiaridades en cualquier plan de prevención del suicidio.

#### EDAD

##### SEXO Y EDAD

##### DISTRIBUCIÓN DE LA MEDIA DE EDAD CORRESPONDIENTE A CADA GRUPO

	Mujer	Varón	Global
Muestra global	62,77	49,02	53,54
Sin contacto	64,25	38,75	46,40
Con contacto	68,61	53,13	56,26

(Tabla IV- 1.14. Distribución por sexos de la edad media de cada grupo)

## EDAD MEDIA EN EL GRUPO CON CONTACTO SANITARIO

	Mujer	Varón	Gobal
Psiquiátrico	55,5	42,54	47,11
No psiquiátrico	76	71,04	72,55

Tabla IV- 1.15.: Distribución por sexos de la edad media dentro del grupo con contacto sanitario)

A la vista de las tablas es obvia las diferencias de edad entre cada grupo y más si atendemos a su distribución por sexos.

Todo lo publicado sobre epidemiología del suicidio recoge el hecho de la diferente distribución del suicidio en cada sexo en función de la edad. Cuando los sujetos son clasificados según el tipo de contacto establecido con el sistema sanitario esas diferencias se ponen de manifiesto.

Como se puede observar en la gráfica (Sexo/Edad 36), la distribución de los sujetos se encuentra determinada por la patología característica de cada estrato poblacional.

La patología psiquiátrica es un determinante de suicidio en los hombres jóvenes, manteniendo, a medida que pasan los años, un suicidio consumado que evoluciona sin grandes fluctuaciones en función del deterioro psíquico y social del individuo enfermo, que además presenta, en muchas ocasiones, adición alcohólica.

En la mujer, la enfermedad psiquiátrica se asocia al suicidio en edades avanzadas y coincide su aumento con la postmenopausia. En el suicidio de estas mujeres intervienen en gran medida factores sociales que las limitan.

Estos resultados están en consonancia con lo publicado por distintos autores.

La demanda médico quirúrgica asociada a suicidio, en los hombres, se acompaña de una enfermedad grave, con un diagnóstico infausto, y el desenlace no tarda en producirse.

Cuando la enfermedad es crónica, fundamentalmente pulmonar o digestiva, este sujeto presenta reiteradas consultas, ha sido operado en múltiples ocasiones y ha solicitado consulta en la práctica totalidad de los departamentos no psiquiátricos.

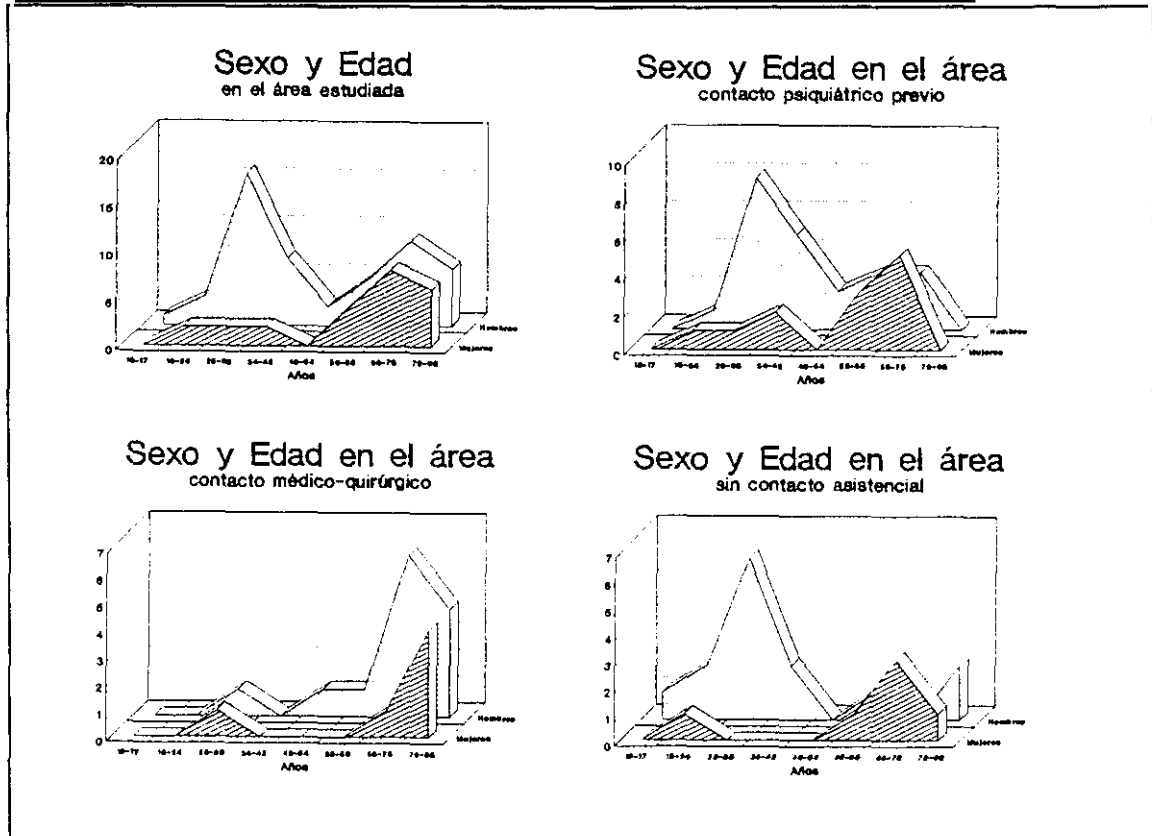
En ocasiones la demanda es única, corta y desesperante para el médico, la esfera cardiovascular es la más implicada y el sujeto sin un diagnóstico médico claro, se suicida poco tiempo después.

Las demandas médico quirúrgicas de las mujeres se producen en el área ginecológica, las jóvenes: en la década de los veinte, las mayores a partir de los 60.

En las primeras, la marginalidad es un factor asociado, en

las segundas, la patología es un desencadenante de situaciones que ponen en quiebra la autonomía de la implicada.

Para los sujetos sin contacto conocido la distribución viene dada por la adicción a drogas en los mas jóvenes y los ancianos con un notable desarraigo social, ya sea por haber sido traídos desde otros lugares de residencia fundamentalmente por viudedad, o porque su soledad limita la demanda de asistencia.



Ilustr. Distribución de la edad y sexo de los sujetos según el tipo de contacto establecido con el sistema sanitario

### ESTADO CIVIL

Comparando las tablas de estado civil en los sujetos con patología médico-quirúrgica y psiquiátrica obtenemos:

	Med-quirúrgica	Psiquiátrica
Soltero	2	15
Casado	10	16
Viudo	7	3

(Tabla IV- 1.16.: Distribución del estado civil en función del tipo de contacto sanitario realizado)

Siendo la distribución teórica:

	Med-quirúrgica	Psiquiátrica
Soltero	6,09	10,9
Casado	9,32	16,67
Viudo	3,5	6,41

(Tabla IV.- 1.17.: Distribuciones teóricas del estado civil en función del tipo de contacto sanitario realizado)

Obteniéndose un grado de significación mayor del 0,05 para una Chi-cuadrado= 7,2012 (Con corrección de Yates).

Las diferencias vienen dadas porque los sujetos con patología médico-quirúrgica son viudos y los enfermos psiquiátricos solteros.

El estar casado implica en los primeros un apoyo que limita su acción suicida y para los segundos una patología no grave.

La desestructuración de su arraigo social parece en los enfermos médico-quirúrgicos causa desencadenante del suicidio siendo la precipitante su patología y en los psiquiátricos un síntoma de su patología que le priva a su vez del apoyo necesario y por tanto es un factor coadyuvante en el suicidio.

#### 1.3.2.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS Y SANITARIAS DEL GRUPO SIN CONTACTO SANITARIO

- Corresponde este grupo al 27,39% de la muestra
- El 70% son varones y el 30% mujeres.
- El 83% de las mujeres tienen mas de 60 años el 57,14% de los hombres están entre los 25 y los 44 años.
- Los hombres incluidos en este grupo son, en general, solteros.
- Las mujeres viudas constituyen el 50%.
- El 40% de los sujetos están casados.
- En este grupo, los hombres tienden a vivir en familia extensa.
- Los hombres tienen trabajo fijo y las mujeres son en su mayoría pensionistas.
- En un alto porcentaje no consta ninguna problemática asociada.
- En el grupo de sexo masculino la procedencia es, sobre todo, rural, siendo cinco sujetos de la comunidad Castellano-leonesa.
- Ninguno de ellos tuvo relación conocida con el sistema asistencial, excepto una mujer que estuvo ingresada en el Hospital a consecuencia del mismo intento de autolisis que finalmente acabó con su vida.
- Alrededor del 61% de los sujetos que no estaban en tratamiento en el momento de la autolisis tampoco lo han estado antes.

### 1.3.2.1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS DEL GRUPO CON CONTACTO SANITARIO

- El 72,60% de los sujetos objeto del estudio han contactado con el sistema asistencial sanitario.

#### SEXO:

- El 33,96% de la muestra eran mujeres y el 66,07% hombres por lo que mantienen la proporción de sexos igual que en la muestra de 858 casos.

- Según su sexo han establecido contacto con el sistema sanitario el 75% de las mujeres y el 72,9% de los hombres, haciendo por tanto inferior la diferencia a la existente en la población general donde las mujeres superan a los hombres en la demanda sanitario-asistencial.

#### EDAD:

-La media de edad de los sujetos de este grupo es más elevada que la de la que procede, siendo significativa la diferencia de edades medias en cada uno de los subgrupos (Ver apartado de comparaciones).

-Por sexos la media de las mujeres supera en 15 puntos a la de los hombres.

#### ESTADO CIVIL:

- Casi el 50% de ellos están casados, siendo mayor el número de mujeres que el de hombres en cuanto al porcentaje.

#### SITUACIÓN LABORAL:

- Cerca del 50% del grupo son pensionistas, seguido por los que tenían un trabajo fijo (18,86%) y sin actividad definida que corresponde a un 13,20%.

-Por sexos las mujeres son pensionistas o amas de casa y los hombres pensionistas o con trabajo.

-Comparando estos resultados con el área de la que procede se observa un aumento de los pensionistas y una disminución de los trabajadores.

- Estos resultados son expresión del grupo social del que proceden.

#### CONVIVENCIA:

-Cómo ya hemos señalado la existencia de un núcleo familiar alrededor del sujeto condiciona su mayor demanda asistencial, por lo tanto en este grupo el tipo de convivencia responde al modelo familiar.

-Con respecto al sexo los hombres vivían más en familia extensa y las mujeres en pareja o con otros familiares, fundamentalmente hijos.

#### PROBLEMATICA SOCIAL:

-En este grupo disminuye el porcentaje de los "no consta": influido por el tipo de convivencia de los sujetos, aunque sigue siendo elevada como corresponde a esta zona urbana.

-La patología orgánica ocupa el 19%, sobre todo es más alta para los de edad media.

-El 11,32% de los sujetos era adicto a las drogas, afectando

en mayor cuantía a los varones.

-El 11% presentaba problemas afectivo-sentimentales.

**PROCEDENCIA:**

-La procedencia urbana es más importante en este grupo que en el de sujetos sin contacto sanitario.

-Sobre todo se observa una disminución relativa de sujetos nacidos en pueblos, a pesar de que la edad de los individuos con contacto sanitario es más alta que la de los que no tuvieron ese contacto.

**1.3.2.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS DEL GRUPO CON CONTACTO MEDICOQUIRURGICO**

**SEXO:**

- La relación Varón/Mujer es de 2,16. La más alta de los grupos con contacto sanitario y sólo superada por el grupo sin ningún tipo de control sanitario.

**EDAD:**

- Posee la media de edad de todos los grupos, con diferencia, esta es:

-Mujer: 76,00

-Varón: 71,04

-Global: 72,55

**ESTADO CIVIL:**

-Son casados o viudos, es un grupo que en el pasado estuvo bien arraigado socialmente, sin embargo en el momento del éxitus sus familias difícilmente informan sobre ellos.

**SITUACIÓN LABORAL:**

-Pensionistas, por su edad.

**PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE:**

-Básicamente: No consta.

-31,57%: Patología orgánica

-"Soledad": un caso.

**PROCEDENCIA:**

-Se igualan rural y urbana.

**1.3.2.1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS DEL GRUPO CON CONTACTO PSIQUIÁTRICO**

**EDAD:**

-Relación hombre/mujer: 1,83. Por tanto aumenta el porcentaje de mujeres en este grupo.

-Mayores de 65 años: Aumenta el porcentaje de mujeres en este segmento de edad (41,66%). Por el contrario los hombres disminuyen (13,63%).

**ESTADO CIVIL:**

-Fundamentalmente: solteros (44,11%). Los casados son el 47,05% pero está constituido este grupo esencialmente por

mujeres.

**SITUACIÓN LABORAL:**

- Entre los hombres aumentan los que tienen trabajo fijo (23,52%) y aquellos sin actividad laboral definida (17,64%).
- En el grupo de mujeres aparecen las amas de casa (41,66%)

**CONVIVENCIA:**

- Familia extensa: 52,94%
- Solo: 14,70%

**PROBLEMATICA SOCIAL ASOCIADA:**

- en el 28,57% de los sujetos en los que consta la familia citaba a una patología somática como principal problema del sujeto.
- Aumenta la adicción alcohólica y a drogas.
- En un 58,62% no existe constancia de ningún problema asociado, al menos citado por la familia.

**PROCEDENCIA:**

- El 62,5% procede de un pueblo.

**ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL ENTORNO:**

- Existen dos casos (5,88%), el antecedente es familiar de primer grado.

### **1.3.2.2. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO**

Existe un comportamiento similar con respecto al método utilizado que en la muestra de 858 casos, tan solo se eleva un poco el uso del ferrocarril metropolitano en la estación más próxima al domicilio.(Ver apartado de "método" en las conclusiones de la primera parte).

El aviso a familiares y/o amigos es menos frecuente que en el grupo de suicidas grande, no lo hacen en viernes y tampoco emplean las horas nocturnas.

#### **1.3.2.2.1. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO DEL GRUPO SIN CONTACTO SANITARIO**

- En general tiende a cometerse en el domicilio propio.
- El método más utilizado es la precipitación, seguida de ahorcadura y muy de cerca por el arma de fuego (14,28%). (Porcentaje que supera en casi 7 puntos al de la muestra global).
- Solo existen dos casos en que nos conste la existencia de intentos previos, en ellos estos fueron muy numerosos.

#### **1.3.2.2.2. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO EN EL GRUPO CON CONTACTO SANITARIO**

Suicidios durante el ingreso hospitalario:

- Cuatro eran enfermos psiquiátricos, de ellos uno lo hizo

en el régimen carcelario, otro en el hospital general y de los dos restantes cabe señalar la vivencia de carácter punitivo que dicho ingreso suponía para ambos (ver Haycok <sup>173</sup>) .

-Dos eran enfermos ingresados en departamentos médicos, ambos presentaban una personalidad conflictiva, (en un caso dependencia alcohólica) y padecían patologías graves.

**MÉTODO:**

- Precipitación seguido de ahorcadura.

**LUGAR:**

- En su domicilio.  
- Uno de los suicidas durante un ingreso psiquiátrico, consumó su suicidio durante un permiso, por tanto es recogido en esta variable en el grupo: Vía pública lejana a su domicilio.

**HORA, DÍA, MES:**

-Comportamiento similar al de la totalidad de la población del área: Horas diurnas, utilizan el viernes un poco más que el resto de los sujetos prefieren el miércoles y con respecto al mes: Abril seguido de Enero.

**PETICIÓN DE AYUDA, AVISO PREVIO:**

-Tres sujetos pidieron ayuda (Varones) y cinco avisaron previamente.

**INTENTOS PREVIOS:**

-Once son los sujetos de los que tenemos constancia.  
-Más del 50% son intentos múltiples, entre ellos son más frecuentes las mujeres. En general lo consiguieron antes de transcurrir un año del último intento fallido.  
-El método: la sobredosis medicamentosa.

**1.3.2.2.3. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO DEL GRUPO CON CONTACTO MEDICOQUIRURGICO**

-En el propio domicilio (68,42%)  
-No existen rasgos diferenciales con respecto a la hora, día, mes.  
-Solicitud de ayuda: ninguna  
-Aviso previo: 1  
-Intentos previos: 1 (Mujer).  
(Este intento no ha sido posible explorarlo porque se produjo en otra zona urbana).

**1.3.2.2.4. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO DEL GRUPO CON CONTACTO PSIQUIÁTRICO**

**MÉTODO:**

-Es mas variado que en los otros grupos.  
-Precipitación seguido de ahorcadura son los más frecuentes.  
-Ferrocarril: 11,76%  
-Medicamentos: 11,76%  
-El resto poco frecuente.

LUGAR:

-Su domicilio, fundamental, en las mujeres.

HORA, MES, DÍA:

-Sin peculiaridades.

AVISO Y PETICIÓN DE AYUDA:

-Es el grupo con mayor porcentaje, aunque este sea escaso (ayuda: 8,82%, Aviso: 11,76%).

INTENTOS PREVIOS:

-Ninguno 64,70%

-Algún tipo de conducta suicida: 35,29%

-Método: Medicamentos.

-El 80% lo consiguen antes de transcurrido un año.

-El 60% menos de tres meses antes.

-Se da más frecuentemente en psicosis esquizofrénica y afectiva, seguido de transtornos de la personalidad y adicción a drogas.

### 1.3.2.3. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO SANITARIO

- El suicidio se consuma durante un tratamiento psiquiátrico más que durante un tratamiento médico-quirúrgico. (Se encontraban en tratamiento psiquiátrico (45,28%) frente al tratamiento médico o quirúrgico no psiquiátrico (28,29%), en el momento de la muerte).

**Contacto con el Hospital:**

-Establecieron contacto con el hospital a lo largo de su vida el 46,57% de los sujetos.

-Los varones acuden a Departamentos quirúrgicos en mayor cuantía que las mujeres, así como a los Departamentos de Cardiología y Neumología.

-La demanda asistencial ha sido dirigida a los Departamentos Médico-Quirúrgicos y en mucha menor cuantía al de Psiquiatría.

-Los hombres se dirigen a Cardiología y Cirugías y las mujeres a Ginecología y Medicina Interna.

El tiempo transcurrido desde el último contacto con el hospital hasta el éxitus es muy variable, teniendo mayor significación en el desglose de apartados.

Seis sujetos se suicidaron durante un ingreso hospitalario, para dos de ellos fue su primer contacto con el tercer escalón asistencial.

**1.3.2.3.1. CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO DEL GRUPO MEDICOQUIRURGICO**

**DIAGNOSTICO**

- Cáncer (Digestivo, pulmón): 21,05% (30,76% para los hombres), todos ellos del sexo masculino.
- Angina Inestable: 10,52% (Todos del sexo masculino).
- En el 60% de los casos se produce el suicidio en un plazo menor de un año tras el diagnóstico.

**CONTACTO CON EL HOSPITAL**

- Es el grupo con mayor porcentaje de relación con el tercer nivel asistencial.
- El suicidio se produce antes de transcurrir un mes desde la visita al hospital.

**Suicidio en el ingreso**

- Dos casos asociados a patología grave sumado a adicción alcohólica severa en un caso y a "personalidad histriónica" en el otro, en palabras de su internista.

**TRATAMIENTO A QUE ESTABA SOMETIDO**

- Ambulatorio Médico no psiquiátrico: 47,36%
- Ingreso: 10,52%.

**1.3.2.3.2. CONTACTO SANITARIO DEL GRUPO PSIQUIÁTRICO**

**DIAGNOSTICO**

- Psicosis más Esquizofrenia: 58,82%
- Esquizofrenia: 29,41%
- Síndromes Depresivos: 23,52%
- Transtornos de personalidad: 5,88%
- Ansiedad: 5,88%
- En estudio: 5,88%

**DIAGNOSTICO SEGÚN EL SEXO**

**VARONES:**

- Psicosis mas esquizofrenia: 36,36%, de los diagnósticados: 80%
- Esquizofrenia: 18,3% (40% de los filiados)
- Transtornos de personalidad: 4,5% (filiados: 10%)
- Síndrome depresivo: 4,5% (filiados 10%)
- Sin filiar: 45,45%

**MUJERES:**

- Esquizofrenia más psicosis: 16,6% (filiados 28,56%)
- Esquizofrenia: 8,3% (14,28% filiados)

- Psicosis: 8,3% (14,28%)
- Síndrome Depresivo: 25% (filiados 42,85%)
- Ansiedad: 8,3% (filiados 14,28%)
- En estudio: 8,3% (filiados 14,28%)
- Adicción alcohólica: 33,33% de los hombres.
- Adicción a drogas: 33,33% de los hombres.
- Epilepsia: 8,3%

#### TRATAMIENTO A QUE ESTABAN SOMETIDOS

- Tratamiento de tipo psiquiátrico: 70,58 %
- Sin tratamiento: 17,64 %. De ellos abandonaron el tratamiento menos de dos meses antes.
- Ingreso: 11,76 %. De ellos el 50 % estaban ingresados en el Hospital general.

#### CONTACTO CON EL HOSPITAL

- Se produjo en el 64,70% de las veces.
- El primer contacto se produjo entre 1 y 6 años antes.
- Si el contacto fue de tipo médico-quirúrgico el período es acorta.

#### TIEMPO DEL CONTACTO SANITARIO

-En enfermos con psicopatía grave el tiempo desde el último contacto con el psiquiatra y su muerte es muy corto, por el contrario en los trastornos de personalidad y adicción alcohólica y/o drogas la misma sociopatía aleja al sujeto del sistema asistencial, produciéndose tan solo acercamientos esporádicos a departamentos médico-quirúrgicos.

-El 63,63% de los sujetos de este grupo tuvieron cita con un médico en los dos meses anteriores a su suicidio.

-El 45,45% tuvieron consulta con un especialista en psiquiatría.

-El 17,64% se suicidó durante los primeros 15 días de la consulta o el ingreso.

-Por sexos: los hombres lo hacen antes en el tiempo que las mujeres.

#### EDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS

(Porcentajes de los sujetos en que nos consta):

- Hombres: 25% antes de los 20 años
- 50% antes de los 30 años
- Mujeres: 66,66% después de los 60 años

### 1.3.2.4. DIAGNOSTICO SEGÚN EL TIPO DE CONTACTO SANITARIO ESTABLECIDO

DIAGNOSTICO DE AQUELLOS ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS, CUYA HISTORIA PUDO SER LOCALIZADA

	%
Psicosis más Esquizofrenia	58,82
Esquizofrenia	29,41
Síndromes depresivos	23,52
Transtornos de personalidad	5,88
Ansiedad	5,88
En estudio	5,88
Adicción Alcohólica	33,33
Adicción a drogas	33,33
Epilepsia	8,30

(Tabla IV- 1.18.: Distribución porcentual de los diagnósticos psiquiátricos de los sujetos cuyo contacto sanitario fue psiquiátrico)

Es evidente que las distribuciones del diagnóstico en la muestra general (858) y en la del área (73) no se parecen, siendo en la muestra del área mas frecuente la esquizofrenia, si bien los sujetos no diagnosticados son el 50% de la muestra, tan solo en los psiquiátricos.

Realizado un contraste de hipótesis utilizando el estadístico Chi- cuadrado entre los porcentajes de diagnóstico según la base de datos utilizada se obtuvo un nivel de significación para un  $p < 0,005$ . Por lo tanto la disparidad es significativa estadísticamente.

Ahora bien, la capacidad que hemos tenido para recopilar las historias psiquiátricas de los sujetos ha sido limitada, si a eso añadimos que a la hora de hacer un diagnóstico psiquiátrico es más fácil reconocer una esquizofrenia típica que otro síndrome menos caracterizado y la dificultad que en sí entraña un diagnóstico psiquiátrico, es posible que ambas estadísticas no sean tan dispares.

En el informe post mortem de un sujeto con características suicidas no es tan importante un diagnóstico correcto como poner de manifiesto la enfermedad mental del sujeto.

De cualquier forma no hemos resuelto la tercera hipótesis de la que partía este estudio, aunque a tenor de lo presentado hasta aquí tampoco la descartamos.

### 1.4. CARACTERISTICAS DE LAS VARIABLES ATMOSFÉRICAS EN RELACIÓN AL SUICIDIO CONSUMADO EN MADRID. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Desde el punto de vista biológico, el tipo sanguíneo<sup>174</sup> ,

los niveles hormonales en el suicidio femenino, o de tanta actualidad como las aminos biológicas en el cerebro, o las bajas tasas de colesterol de los suicidas han sido involucrados.

Entendiendo el nivel biológico desde una perspectiva más amplia las condiciones atmosféricas podrían influir también en dicho fenómeno.

A favor de esta hipótesis se encontraría el hecho del agrupamiento en determinados días de un acto que es intrínsecamente individual.

Nadie niega la influencia de la climatología en el comportamiento humano: su influencia en el estado de ánimo, incluso del sujeto sano, es patente y guarda relación con las peculiaridades climáticas de cada zona (Maes, nota 145).

La exacerbación estacional de determinadas psicopatologías, sería sin duda una ampliación del fenómeno.

Distintas variables atmosféricas y en concreto los vientos Föhn, que elevan la presión aumentan las cargas positivas y disminuyen la cifra de ozono (Rodríguez Picazo<sup>175</sup>) han sido desde hace años implicados en el aumento del número de ingresos psiquiátricos, incluso de suicidios en determinadas regiones del planeta, con peculiaridades en su microclima. Sin poderse asociar al fenómeno variaciones aparentes en las condiciones sociales, económicas etc. que justifiquen dicho aumento relativo.

Dichas afirmaciones se mueven en numerosas ocasiones en el terreno de la especulación.

Este apartado tiene como objetivo discutir los resultados obtenidos a partir de nuestro estudio estadístico realizado en Madrid a lo largo de tres años sobre la totalidad de los suicidios consumados en nuestra capital y las condiciones atmosféricas que acompañaron a cada uno de ellos.

Poco se ha publicado en relación a este tema en los últimos años, siendo de destacar los estudios de Masterton en Escocia, a partir de los cuales el autor destaca una clara relación entre el estío y el suicidio femenino, no existiendo, para él, ninguna variación estacional del fenómeno en los hombres.

Otros autores analizan la influencia de los ciclos lunares no hallando relación alguna (Mathew: Ver Introducción).

Antes de exponer nuestras conclusiones hemos de hacer una serie de consideraciones:

1º Las conclusiones obtenidas son válidas exclusivamente para nuestra climatología y en modo alguno pueden ser extrapoladas a otros contextos geográficos y climáticos.

2º Madrid, por su peculiar orografía, no se ve sometida a la acción de potentes vientos Föhn, ni a intensos

cambios climáticos.

3º Siendo los cambios en las cargas eléctricas atmosféricas los que en el terreno de la hipótesis influirían más abruptamente en el comportamiento humano, no son recogidos en las determinaciones meteorológicas y por tanto, tampoco en nuestro estudio.

4º No hemos encontrado en la bibliografía ninguna mención a estudios de características similares al nuestro.

5º El método estadístico empleado ha sido el análisis cluster de las dos matrices de datos (atmosféricos y psicosociales), en varios pasos:

Estudio de las variables climáticas aisladas y clasificación de las mismas a fin de descubrir "tipos de días semejantes" sin tener en cuenta si existió o no suicidio.

Estas clases fueron posteriormente enfrentadas al fenómeno del suicidio en general.

Estudio de las clases climáticas en relación a variables psicosociales aisladas.

Estudio de las variables psicosociales aisladas y clasificación de las mismas enfrentadas a variables climáticas aisladas.

Análisis cluster de todas las variables unificadas a partir del nexo: Fecha del suicidio.

#### **1.4.1. VARIABLES CLIMATICAS ENFRENTADAS A NUMERO DE SUICIDIOS POR DIAS**

Los resultados obtenidos nos llevan a afirmar que no existe una clara relación entre los tipos de días Climáticos y el fenómeno "Suicidio consumado en Madrid".

Siendo su nivel de significación entre el 5 y el 10% podemos tan solo apuntar que existe un aumento en la tendencia a un solo suicidio los días lluviosos de invierno y del suicidio en días fríos y despejados para los varones.

#### **1.4.2. TIPOS DE DÍAS ENFRENTADOS A GRUPOS DE SUICIDIO**

Existen dos clases cuya relación con la variable "tipo de día" sí es significativa:

1. Los suicidios en los que el sujeto tiene poca integración social y la información sobre sus variables

sociales y psicológicas es escasa, lo hacen en días típicos de invierno madrileños: cielos despejados, temperatura fría sin lluvia, en los meses de febrero, enero y diciembre.

2. Los sujetos con antecedentes de suicidio previos, preferentemente mujeres, en tratamiento psiquiátrico ambulatorio que lo hacen selectivamente en verano.

#### 1.4.3. VARIABLES CLIMATICAS AISLADAS ENFRENTADAS A GRUPOS DE SUICIDIO

Tomando las variables climáticas de forma aislada, es significativa la relación entre:

1. Un aumento en las temperaturas y el suicidio llevado a cabo en instituciones (Hospital y cárcel).

2. Una nubosidad por encima de la media acompaña al suicidio de amas de casa en tratamiento ambulatorio psiquiátrico, sin problemática especial.

En resumen, la climatología en Madrid no influye de manera directa en el suicidio consumado, si bien puede ejercer su influencia a través de condicionantes psico-sociales a las que potencia, siendo su ejemplo la elevación de la temperatura en el enfermo encamado y el aislamiento del vigilante jurado en las noches de invierno.

No así en los sujetos, preferentemente mujeres, con antecedentes de suicidio, que lo hacen en días veraniegos para los que sería necesario ampliar el estudio a los casos de suicidio frustrado a fin de comprobar si aumenta su nivel de significación que en este caso es del 0,014. Siendo este resultado, aunque poco significativo, el único en concordancia con los resultados obtenidos por Masterton en Escocia y Kok en Singapur<sup>176</sup>.

Para otros autores, la relación entre los ciclos estacionales y el suicidio consumado se cumple entre los suicidios violentos y más entre la gente joven<sup>177</sup>.

Si bien es cierto que para nosotros el hecho esta más en relación con los antecedentes de suicidio previos y la psicopatología de base del sujeto que por el sexo al que pertenece.

Siendo necesario apuntar que en las fechas en que se produjo el aumento del número de suicidios consumados de estas características existieron, a su vez, acontecimientos sociales y catastrofes naturales que bien pudieron influir en mayor o menor medida según los casos, cuya valoración nos resulta imposible.

Dado que la consumación de un suicidio está influida por otros factores externos e internos del sujeto, las variables atmosféricas podrían intervenir en condiciones psicofísicas del individuo, aumentando su incomodidad o afectando a su estado de

ánimo, sería a través de ellas y no directamente como influirían estas condiciones en el resultado final: el suicidio.

### 1.5. SUJETOS EN RIESGO SUICIDA. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Ya hemos visto cómo en la exploración del suicidio consumado existen unas variables que le caracterizan de manera significativa estas son:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Problemática social asociada
- Tipo de contacto sanitario establecido
- Método del suicidio
- Lugar del suicidio
- Número de los intentos previos

Ya analizadas con detalle, tras la observación en el ámbito sanitario hemos comprobado que la más interesante de todas es el tipo de contacto establecido con el sistema asistencial, porque en sí misma engloba tanto las características sociales del sujeto como las del suicidio en sí.

Para una mejor comprensión del fenómeno y realizar una correcta descripción del Suicidio consumado en Madrid es aconsejable la revisión de los resultados obtenidos por la clasificación cluster, ya que este sistema carece de las limitaciones de los sistemas de análisis estadístico habituales.

Hemos reproducido la partición en nueve clases, ya que la inercia de los grupos ha sido mejorada de esta forma.

Es cierto que algunos grupos disminuyen su peso pero también lo es que aunque menores en tamaño su conocimiento puede colaborar en las tareas preventivas que el sistema sanitario disponga.

#### CLASE 1: (n=161)

Existen pocos datos sociales, datos explicativos: Vienen de fuera, lo hacen en la vía pública, en domingo y en los meses de Enero y Febrero, sigue marcando el grupo el año 1989. Desaparece el método por arma de fuego no siendo esta variable definitoria del grupo.

El grupo está formado por sujetos emigrantes, desarraigados en nuestra ciudad, para los cuales el día festivo tiene marcadas connotaciones, la desaparición del método empleado responde más a estas características ya que estos sujetos utilizan métodos más a su alcance y al hacerlo en la vía pública lejana a su domicilio en la capital acuden a parques públicos (casa de campo), el río o el viaducto y en escasas ocasiones a puentes sobre la M-30.

#### CLASE 2: (n=19)

Definida por sólo tres variables: Tienen antecedentes de suicidio en el entorno, problemas sentimentales y utilizan métodos poco generalizados (combinados, sumersión, autoincineración).

CLASE 3: (n=216)

Generalmente varones, en tres grupos de edad: de los 25 a los 33 años, de los 43 a los 54 y de los 34 a los 42 en menor frecuencia. Tienen adicción a drogas y/o alcohol, o por el contrario (pero menos significativamente) no tienen problemática en opinión del sujeto entrevistado.

Los más jóvenes son solteros y viven con su familia o solos y no reciben tratamiento, a medida que aumenta la edad son divorciados, en tratamiento psiquiátrico ambulatorio, viven solos, tiene trabajo fijo no se les conoce actividad (significación estadística semejante), desempleo o baja laboral (por orden decreciente de frecuencia) y utilizan como método los medicamentos, CO, o las formas combinadas de suicidio (Medicamento más precipitación, ahorcadura más medicamentos, arma blanca más autoincineración, etc.)

Su día predilecto es el Jueves, no tienen antecedentes en el entorno y es la primera vez con un alto grado de significación estadística. También se obtiene como variable explicativa el lugar lejano a su domicilio para realizar la autólisis.

A la vista de las variables explicativas a nivel estadístico cabría reflexionar sobre el tipo humano que recoge esta clase modal: Todos son varones, pero en circunstancias distintas, de un lado: el grupo más joven tiene adicción a drogas, no posee actividad laboral, no están sometidos a tratamiento y pueden vivir o no con su familia: Sujeto conflictivo.

El segundo grupo pertenece a hombres de edad media, sin pareja estable, con trabajo fijo, de quien el familiar entrevistado dice que no tenía problemas, en su mayoría son bastante desconocidos por su entorno, el hecho de su muerte sorprende aunque se justifica debido a que era un "poco raro", o a sus compañías que nunca son bien conocidas. O bien está en tratamiento psiquiátrico "por depresión desde hace un tiempo".

El tercero es una peldaño más en la escalera de la mala integración social: El sujeto ya además está divorciado, puede y de hecho tiene problemas con el alcohol, incluso pertenece al grupo de los desempleados o esta dado de baja, los hay con trabajo fijo, en cuyo caso nadie se explica el suicidio.

En general esta clase integra a sus miembros en uno de los grupos de riesgo claramente definidos en la literatura (Bucca (Ver nota 13) Lipe<sup>178</sup>, Young<sup>179</sup>).

CLASE 4: (n=50)

Definida con alta significación, este grupo recoge a los jóvenes comprendidos entre los 10-17 años y los 18-24, estudiantes, solteros que no están en tratamiento, que conviven con su familia original o bien con amigos (piso de estudiantes), que tienen como costumbre dejar un escrito explicando el hecho (frente a la inmensa mayoría de los grupos de otra edad y condición que no lo hacen), escritos del tipo: "Ya no me llamas más gorda" (de una muchacha a su madre), "No puedo seguir sacrificandoos" (de un hijo que fracasa en sus estudios a sus padres en el pueblo), o un carta a un pájaro muerto son ejemplos de los mismos. La información suministrada por los familiares encuestados es muy escueta, la mayoría no se creen que el hecho haya sido voluntario y más en este grupo que en el resto existen resistencias a ser entrevistados.

Las condiciones sociológicas comentadas por otros autores con respecto a este grupo de población suicida (Desintegración familiar, experiencias sexuales precoces, antecedentes de agresión sexual, pérdida temprana de la figura paterna (Krupinski<sup>180</sup>, Goldney<sup>181</sup>) no han podido ser contrastadas, si bien a efectos de observación personal de los casos en muchos de ellos se detecta una psicopatología de base que la familia niega (King<sup>182</sup>).

Todos ellos son jóvenes solitarios<sup>183</sup>, poco habladores con excasos o ningún amigo, con padres autoritarios que "conocían muy bien" a sus hijos<sup>184</sup>, <sup>185</sup>, <sup>186</sup>, malos estudiantes, aunque esto no pasa de ser una mera apreciación personal a partir de las entrevistas y de los informes de autopsia en los que el Forense competente era bastante más explícito, por regla general, que en el resto de los suicidios; se entiende que motivado por la alta carga emocional y alarma que produce en el medio social la autólisis consumada de un joven.

#### CLASE 5: (n=84)

En esta modalidad aparecen las mujeres, son amas de casa fundamentalmente de los 55-65 años aunque también pero en menor proporción de los 43 a los 54.

Están casadas y viven con su marido e hijos, reciben tratamiento ambulatorio psiquiátrico, fundamentalmente controlado por su médico de cabecera, lo hacen en su domicilio y con productos domésticos, significativamente entran en un determinado distrito madrileño.

En otros estudios se ha tratado ampliamente de esta categoría de mujeres (Gómez<sup>187</sup>, Van Egmond<sup>188</sup>), no existiendo diferencias en cuanto a las características sociales y si en cuanto al método, sobre todo en la comparación con otros países.

#### CLASE 6: (n=180)

Jubilados, mayoritariamente de los 66 a los 78 aunque existe un amplio grupo de mayores de esa edad, Viudos más que

casados, que característicamente viven con familiares, entre los motivos aparecen dos: La patología orgánica y la pérdida de un deudo.

Lo hacen en su domicilio, al primer intento, utilizando para ello la precipitación o el arma blanca (Esta 2'44 veces más que la población estudiada). Los rasgos sociales se asemejan a los descritos en estudios occidentales (Bahro<sup>189</sup>, Van Hooff<sup>190</sup>, Conwell<sup>191</sup>).

CLASE 7: (n=34)

Son los suicidios en Instituciones (Cárcel<sup>192</sup>, cuartel, residencia).

Varones, tienen problemas judiciales<sup>193</sup>, <sup>194</sup>, o están haciendo el servicio militar, procedentes de otros distritos sanitarios o de uno concreto en el área estudiada.

Las edades están comprendidas entre los 18 y los 24 años, su problemática social es combinada (fundamentalmente, drogas<sup>195</sup> y VHI(+), también económicos o familiares relacionados con hacer la "mili" pero estos en menor proporción

Se suelen ahorcar y es difícil señalar la hora de la muerte. (Normalmente en este tipo de suicidios se avisa al juzgado de guardia tardíamente en relación al descubrimiento del cadáver).

CLASE 8: (n=38)

Es el suicidio en Hospital, aquí aparecen de nuevo los varones, con patología orgánica fundamentalmente <sup>196</sup>, pero también en el mismo grupo los ingresos psiquiátricos<sup>197</sup>, <sup>198</sup>, <sup>199</sup>.

Se niega en ellos el aviso previo por parte del familiar, lo hacen por precipitación siendo más frecuente en un determinado distrito sanitario.

CLASE 9: (n=76)

Son los que ya lo han intentado más de dos veces, generalmente recibieron asistencia médica entonces, aunque también es significativo para las que no, pero en menor intensidad.

No hay antecedentes familiares de suicidio pero sí aviso previos, en este grupo hay más mujeres que hombres (si en la población objeto de estudio las mujeres representan el 32,63%, aquí lo son en el 48,68%).

Lo han conseguido de tres meses a un año después del anterior intento (30%), en igual proporción los de más de un año (23%) y los de menos de un mes (22,6%) y muy alejados los de uno a tres meses (9%) y los de la primera semana (7%).

Estan en tratamiento ambulatorio psiquiátrico y destaca un área urbana como mas afectada.

En la aproximación de las visiones forense y médico asistencial sobre una misma muestra de suicidas los grupos caracterizados se asimilan de la siguiente forma:

-Suicidio en el sujeto sin contacto sanitario : Del varón, del desarraigado, del que tenía problemas sentimentales.

- Suicidio del que establecido al menos un contacto de tipo psiquiátrico: Del ama de casa, del que ya lo ha intentado antes, de la institución, del adicto a drogas.

- Suicidio del que ha demandado tratamiento médico-quirúrgico: el del jubilado.

En nuestro medio es importante poner de manifiesto el alto índice de riesgo suicida entre los jubilados, los sujetos con adicción alcohólica y/o drogas (fundamentalmente si son varones) y las amas de casa, que con un gran nivel de demanda asistencial de tipo psiquiátrico constituyen un grupo de fácil acceso desde el sistema asistencial.

## V.- CONCLUSIONES

1.- La tasa de suicidio consumado en Madrid, según la documentación médico forense es de 11,21/100.000 habitantes mayores de 15 años.

A. Esta tasa duplica a la oficial (5/100.000).

B. Es el 50% de la media para los países de la CEE.

C. La relación de 2,39 hombres por cada mujer no presenta diferencias significativas con el resto de las estadísticas consultadas. El suicidio femenino se produce a edades más avanzadas que el masculino (con medias de 54 años frente a 48).

2.- La tasa para los mayores de 65 años es de 18,45/100.000 habitantes de esa edad. Dicha tasa es la más elevada en función de la variable edad.

3.- El método más utilizado es la precipitación (49%).

A. Tiene relación significativa con la edad (ancianos) y el sexo (mujer).

B. No se asocia con enfermedad mental, a diferencia de la autoincineración, la sumersión o el ferrocarril.

4.- El diagnóstico de suicidio en conductores, implicados en accidentes de tráfico, es inexistente, así como el producido por drogas.

5.- Se identifican a partir del análisis cluster, en la documentación médico-forense, distintos tipos suicidas:

A. Suicidio del jubilado (21%): Mayor de 65 años, viudo, que vive con sus hijos, con patología orgánica, lo consigue en su primer intento.

B. Suicidio del joven (25%). Engloba a dos grupos distintos:

- Varón menor de 33 años, adicto a drogas, sin tratamiento en el momento del intento consumado.

- Estudiantes de ambos sexos, sin contacto documentado con el sistema sanitario y que dejan un escrito explicando el hecho.

C. Suicidio del desarraigado (19%). Vienen de fuera, lo hacen en invierno y preferiblemente los domingos.

D. Suicidio de amas de casa (10%). Entre los 55 y 65 años, estan en tratamiento ambulatorio psiquiátrico.

E. Suicidio del que tiene intentos previos (15%). Aumenta significativamente el número de mujeres (49%). Lo consiguen de tres meses a un año después del intento anterior.

F. Suicidio en la Institución (Cárcel y Hospital) (9%).

Involucra a hombres.

\* \* \* \* \*

6.- El 73% de los suicidas han establecido contacto con el sistema sanitario. De cada diez suicidas: Dos no contactaron, cinco lo hicieron en psiquiatría y 3 en departamentos médico-quirúrgicos.

7.- La relación entre la edad, el sexo del suicida y el tipo de demanda asistencial que realizó es altamente significativa. En los hombres, además, lo es su estado civil.

A. La mujer suicida demanda asistencia sanitaria de tipo psiquiátrico en mayor medida que el varón (relación 1,83 hombres por cada mujer).

B. En el hombre, la patología psiquiátrica se asocia al suicidio del joven. En la mujer, por el contrario, al suicidio en la postmenopausia actuando como factores mediatos conflictos de índole familiar.

\* \* \* \* \*

8.- En la aproximación de las visiones forense y médico asistencial sobre una misma muestra de suicidas los grupos caracterizados se asimilan de la siguiente forma:

- Suicidio en el sujeto sin contacto sanitario: del varón joven, del desarraigado y del estudiante.

- Suicidio de quien ha establecido al menos un contacto de tipo psiquiátrico: del ama de casa, del que ya lo ha intentado antes, del ocurrido en la institución, del adicto a drogas.

- Suicidio del que ha demandado tratamiento médico-quirúrgico: el del jubilado.

9.- Hecha reserva de la dificultad del diagnóstico psiquiátrico y los diferentes objetivos del forense y del psiquiatra, no nos es posible descartar la hipótesis relativa a la mayor implicación de la esquizofrenia en el suicidio consumado frente al resto de los síndromes psiquiátricos.

10.- Existe una disparidad con significado estadístico entre los diagnósticos psiquiátricos en la documentación forense y en la médico asistencial. Esta disparidad se concreta en:

Las psicosis y en concreto la esquizofrenia son el diagnóstico más frecuente a nivel médico asistencial y síndrome depresivo en los documentos forenses. Existiendo congruencia con respecto a los diagnósticos de neurosis de ansiedad.

\* \* \* \* \*

11.- Las condiciones atmosféricas en Madrid no influyen directamente en el suicidio consumado. Sin embargo, enfrentadas las variables climáticas de forma aislada a los grupos de riesgo, según la documentación médico forense, se obtiene con alta significación, la relación de la temperatura atmosférica media y de la lluvia con ellos.

A. Las temperaturas altas aumentan el índice de suicidios consumados en la institución y las temperaturas bajas extremas aumentan el suicidio entre los desarraigados socialmente, sobre todo entre los emigrantes.

B. Los días muy lluviosos influyen significativamente en el suicidio de las amas de casa.

\* \* \* \* \*

12.- A partir de la investigación de los documentos médico-asistenciales se deduce:

A. La falta de rigor, en muchos casos, en la cumplimentación de los códigos de diagnóstico (de enfermedad y de muerte) en las historias clínicas de los enfermos.

B. La insuficiencia de archivos y ficheros en los centros de salud mental durante los años investigados (1989, 1990, 1991).

C. La ausencia completa de los mismos en los consultorios de medicina general durante esos años.

13.- Así mismo, tras la comparación con las estadísticas oficiales se deduce la falta de rigor en la cumplimentación de los boletines de suicidio por parte de la oficina judicial.

VI - BIBLIOGRAFIA

1. De las Heras J, Civeira JM, Rojas E, Dueñas M, Abril A. "Epidemiología del suicidio en Madrid". Revista de Psiquiatría. 1987. 14, 5, 241-250.
2. Stekel. Citado por Calcedo "Conductas Suicidas: Concepto y terminología". Ponencia en el I congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal". Zaragoza 1992.
3. Katsching, H. The suicide syndrome. Croom Helm, London 1980.
4. Farberow N, Schneidman E. ¡Necesito Ayuda!. Estudio sobre el suicidio y su prevención. Mexico: La Prensa Médica Mexicana 1969.
5. Sarró B, De La Cruz C. Los Suicidios. Ed. Martínez Roca. Barcelona 1991.
6. Menninger K. El hombre contra sí mismo. Losada. Barcelona. 1952.
7. Schneidman ES. Some controversies in suicidology: toward a mentalistic discipline. Suicide-Life-Threat-Behav. 1993 Winter; 23(4): 292-8.
8. Milch W. Theories of suicide. Pflege-Z. 1994 Jan; 47(1): 12-6.
9. Maltsberger JT. A career plundered. Suicide- Life- Threat--Behav. 1993 Winter; 23(4): 285-91.
10. Anuario Estadístico de la Comunidad Autónoma de Madrid. Consejería de Economía. Sección de Estadística. Madrid 1992.
11. Metzger R, Wolfersdorf Mg. Suicides Among Patients treated in a ward specializing in affective disorders. Current Issues of Suicidology. New York. Springer-Verlag, 1988.
12. Kreitman N. Die Epidemiologie von suizid und parasuizid. Nervenarzt 51:131-142.
13. Bucca M, Ceppi M, Peloso P. Social variables and suicide in the population of Genoa, Italy. Compr-Psychiatry. 1994 Jan-Feb; 35(1): 64-9.
14. Corbellá J et al. Estado actual del suicidio consumado en España. Citado por Sarró en Los Suicidios. Barcelona. Martinez Roca. 1991
15. Ceccherini R. Suicide in Italy 1955-1980: Description and epidemiological analysis. Ann Ig; 1989 Jan Ap; 1(1-2); p 313-50
16. PLATT. Suicide trends in 24 european countries. 1972- 1984. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer-Verlag New York.

17. Mc Alpine De, Panser Ia, Swanson DW. Suicide in Olmsted Country, Minnesota, 1951 through 1985. Mayo Clin Proc; 1990 Jan; 65 (1); p13-22
18. Ozsvath K. Epidemiology of Suicide Events in a Hungarian County. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer-Verlag.
19. Korczak C. Estimation of Suicidal Behavior in Representative Epidemiologic Studies. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer-Verlag.
20. Demeter E, et al. Psychiatric aspects of suicide in Budapest. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer- Verlag.
21. Diekstra RF. Epidemiology of attempted suicide in the EEC. En j Wilmotte y J Mendlewicz Eds. New trends in suicide prevention (pp1-16) (1982) Basilea: Karger.
22. WHO. Parasuicide in Europe. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr. Scand. 1992 Feb; 85(2); p 97-104
23. McNamee JE, Offord DR. Prevention of suicide. Can Med-Assoc-J; 1990 Jun 1; 142 (11); P 1223-30 .1990
24. Holinger PC. The causes, impact, and preventability of childhood injuries in the United States. Childhood suicide in the United States . Am-J-Dis-Child; 1990 Jun; 144(6); P 670-6 1990.
25. Ahmadi KS, Goethe JW, Adams ML. Suicidal Behaviours among Connecticut youth. Conn-Med; 1991 Feb; 55(2); p76-80.
26. Pfeffer CR. The suicidal Child. New York. The Guilford Press.
27. Marttunen Mj, Aro Hm, Longqvist JK. Precipitant stressors in adolescent suicide. J- Am-Acad- Child-Adolesc- Psychiatry. 1993 Nov; 32(6).
28. De Leo D; Ormskerk Sc. Suicide in the elderly: General characteristics. Crisis; 1991 Sept, 12(2); p3-17.
29. GIBBS, J.(1988). Conceptual, Methodological and sociocultural issues in black youth suicide: Implications for assesment and early interventions. En R Maris (ed) Understanding and preventing suicide (pp73-89) N.York Guilford press.
30. Davidson F. (1986). Suicide et tentatives de Suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique. Paris: INSERM, Doin.
31. PLatt S. (1986). Parasuicide and Unemployment. Brithish Journal of Psychiatry, 149, 401-405.
32. Harvey JG. (1988). Deliberate Overdosage in a Hospital Catchment Area: Preliminary Results of a 7-Years Study. Current Issues of Suicidology. Springer-Verlag.

33. Bronisch S. Three-Year Follow-up of 150 Impatients after Suicide Attempt by Drug Overdose. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer- Verlag.

34. Crepet P. (1986). Suicide and Attempted Suicide: New Trends and Correlations in Italy. Working papare presented at the working group on preventive suicide and attempted suicide, WHO working group. York 22-26 September 1986.

35. Kreitman N. The British Anomaly: Suicide, Domestic Gas and Unemployment in the United Kingdon. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer-Verlag

36. Jones SC. The role of unemployment in parasuicide. Psychol-Med; 1991 feb; 21(1), p169-76.

37. Standish-Barry HM, Clayden A, Sims AC. Age, unemployment and parasuicide in Leeds. Int J Soc Psychiatry; 1989 Winter; 35 (4); p 303-12.

38. Mehlum L. Attempted suicide among norwegian soldiers. A retrospective study. Tidsskr-nr-Laegeforen, 1991 Feb 20, 111(5), p 565-8.

39. Conroy C. Suicide in the workplace: Incidence, victim characterist and external cause of death. Occup Medicin; 1989 Oct; 31(10); p847-51.

40. Liu T, Waterbor JW. Comparison of suicide rates among industrial groups. Am-J-Ind-Med. 1994 Feb; 25(2): 197-203.

41. De La Cruz C, Corominas A, Sarro B. El Suicidio en la profesión Médica. Jano, 2,9, 45-52.

42. Kosky R. Are children and adolesentes who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide?. Nery Ment Dis, 1990 Jan; 178 (1); p38-43.

43. Van der Kolk BA. Childhood origins of self-destructive behaviour. Am-J- Psychiatry, 1991, Dec, 148 (12); p 1665-71.

44. Rey JM, Bird KD. Sex differences in suicidal behaviour of referred adolescents. Br- J- Psychiatry; 1991 Jun; 158; P 776-81.

45. Fleischacker W. Survey and Follow-up of Patients Admitted to Insbruck University Hospital for Attempted Suicide in 1983. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer-Verlag.

46. Montejo M, Lopez L, García-Valdecasa. Historia familiar de suicidios consumados en pacientes psiquiátricos. Psiquis, 1986. 54. 18-23.

47. Sorenson SB, Rutter CH. Transgenerational patterns of suicide attempt. J- Consult- Clin- Psychol; 1991 Dec; 59; p 861-6

48. Schmidtke C. Imitation effects after fictional television Suicides. *Current Issues of Suicidology*. 1988. Springer-Verlag.
49. Daniels RG. Emotional crises imitating television. *Lancet* 858. 1986.
50. Lester D. *Why People Kill Themselves*. Springfield. 1983. Charles C. Thomas.
51. Schneider SG, Farberow NL, Krusk GN. Suicidal Behavior in Adolescence and Youth Adult Gay Men. *Suicide Life Threat Behav*; 1989 Winter; 19(4); p 381-94.
52. Cochran SD, Mays VM. Depressive distress among homosexually active African American men and women. *Am-J-Psychiatry*. 1994 Apr; 151(4): 524-9.
53. Schmitt W;Mundt C. Differential Typology Among Patients with Hard and Soft Suicide Methods. *Nervenarzt*; 1991 Jul; 62(7); p 440-4.
54. Hamdi E; Amin Y; Matter T. Clinical correlates of intent in attempted suicide. *Acta- Psychiatr- Scand*; 1991 May; 83 (5); - 406-11.
55. Lester O; Abe K. The effect of controls on sedatives and hipnotics on their use for suicide . *J Toxicol Clin Toxicol*; 1989; 27 (4-5); p 299-303.
56. Wiedenmann A, Wryerer S. The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. *Acta- Psychiatr- Scand*. 1993 Nov; 88(5): 364-8.
57. Shkrum MJ, Johnston KA. Fire and suicide: a three year study of self-inmolation deaths. *J- Forensic- Sci*; 1992 Jan; 37(1) p208-21.
58. Burns ET. Self-inflicted burns:a ten years retrospective study. *J- Burn- Care- Rehabil*; 1991 Mar-Apr; 12(2); p144-7.
59. Cantor CH, Hill MA, McLchlan EK. Suicide and related Behaviour from river bridges. A clinical perspective. *Br J Psychiatry*; 1989 Dec; 155; p829-35.
60. Leon AC, Friedman RA. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res*; 1990 Jan, 31 (1) p 99-108.
61. Lupo f, Peracchio D, Capellaro L. The pathology of self-destruction. Personal experience. *Clinico- statistical aspects*. *Minerva Med*; 1990 Mar; 81 (3 Suppl);P 127-9.
62. Soukas J; Lonqvist J. Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five year follow-up. *Acta Psychiatr- Scand*; 1991 Dec; 84 (6); p545-9

63. Salamon S, Pommereaux X, Pueyo S, Toulouse et al. Epidemiological surveillance of suicides and attempted suicides in Aquitaine, south west France, using an original computer network of sentinel general practitioners. *J Epidemiol Community Health*; 1989 Sep; 43 (.); p 290-2.
64. Romacho Romero JM. Aspectos psiquiátrico-legales del suicidio infanto juvenil. Ponencia en el primer Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal . Zaragoza 1992.
65. Gabriel J; Paschalis C. The Psicopatology of suicide in the north western Peloponesus. *Psychopathology* 1991; 24(2); p 82-7.
66. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury PA. A hundred cases of suicide. Clinical aspects. (1974). *Br J Psychiatry* 125:355-373.
67. Khuri R, Akiskal Hs. Suicide prevention. The necessity of treating contributory psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 6: 193-207.
68. Robins E, Murphy G, Wilkinson R Jr. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides (1959). *Am J. Public Health* 49: 888-899.
69. Wolfersdorf MG. Suicide in Psychiatric Hospitals: Selected results of a study on Suicides Committed During Treatment in Five psychiatric Hospitals in Southern Germany with Special Regard to Therapy Success and Presuicidal Symptoms. *Current Issues of Suicidology*. 1988. Springer- Verlag.
70. Stenstedt A. A Study in manic-Depressive Psychosis. *Acta Psychiatr Neurol Scand*. 79: 1-111. 1952.
71. Perris C. A study on bipolar and unipolar recurrent depressive psychosis. Mortality, Suicide and Life cycles. *Acta Psychiatr Scand*. 194: 172-183.
72. Till E. Endogenous Depressions and Suicidal Behaviour Soubrier JP, Vedrinne J (Eds) *Depression and Suicide*. Pergamon, Paris. 1981.
73. Robin A. Some Aspects of Suicide in psychiatric patients in Southend. *Br. J. Psychiatry* 114; 739-747. (1968).
74. Modestin J. Types of Clinical Suicide. *Current Issues of Suicidology*. 1988. Springer-Verlag.
75. Bergman B, Brismar B. Suicide Attempts by battered wives. *Acta Psychiatr- Scand* 1991 May; 83(5); p380-4
76. Goh SE, Salmons PH, Whittington RM. Hospital suicides: Are there preventable factors?. Profile of the psychiatric hospital suicide. *Br J Psychiatry*, 1989 Feb, 154; p 247-9
77. Allebeck P, Bolund C. Suicide and Suicide Attempts in Cancer Patients. *Psychol- Med*, 1991 nov; 21(4); p 979-84.

78. Charlifue SW, Gerhart KA. Behavioral and Demographic Predictors of Suicide after Traumatic spinal cord injury. Arch- Phys-Med- Rehabil; 1; 1991 Jun; 72 (7); p 488-92.
79. Rogers TD; Masterton G; McGuire R. Parasuicide and the lunar cycle. Psychol- Med; 1991 May; 21(2); P 393-7
80. Mathew VM; Lindsay J; Shanmuganathan N; Eapen V. Attempted suicide and the lunar cycle. Psychol- Rep; 1991 Jun; 68 (3 Pt 1); P 927-30.
81. Lester D. Public Health Education Against Suicide: A New Strategy For Prevention. Crisis; 1989 Oct; 10(2); p 181-3
82. Kurz A, Möller F, Bürk A. Evaluation of two different strategies of an Outpatients aftercare program for suicide attempters in a general hospital. Current Issues of Suicidology. 1988. Springer Verlag.
83. Böhme K, Gast M, Kulesa C, Rau E. "On the effect of crisis Intervention in Suicidal patients". 1988. Current Issues of Suicidology. Springer-Verlag.
84. Wedler H. Catamnestic studies on patients who attempted suicide: An overview. Current Issues of Suicidology. Berlin Springer-Verlag (1988).
85. Kurz A, Möller J. Effectiveness of Suicide Prevention: A Short Review of the Literature. Current Issues of Suicidology. (1988) Springer-Verlag.
86. Motohashi Y. Circadian variation in suicide attempts in Tokyo from 1978 to 1985. Suicide- Life- Threat- Behav; 1990 Winter; 20(4); P 352-61.
87. Masterton G, Monthly and seasonal variation in parasuicide. A sex difference. Br-J- Psychiatry; 1991 Feb; 158; P 155-7.
88. Van Egmond M; Diekstra RF. The predictability of suicidal behavior: the results of a meta-analysis of published studies. Crisis; 1990 Nov; 11(2); P 57-84.
89. Diekstra RF. Suicide and Attempted suicide: An International Perspective. (1989) Acta Psychiatr Scand Suppl; 354; P 1-24.
90. Plan de Acciones en Salud Mental (1989-1991). Consejería de Salud. Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid.

91. Aso Escario J, Navarro Celma JA, Cobo Plana JA. El suicidio consumado en Zaragoza (1988-1991). Aspectos epidemiológicos y perfiles suicidas. Actas- Luso- Esp-Neurol- Psiquiatr-Cienc-Afines. 1993 May-Jun; 21(3): 65-71.
92. Lutz Fu, Reuhl J. Zur Epidemiologie des Selbstmordes. Versicherungsmedizin. 1994 Feb 1; 46(1): 7-11.
93. D'Avanzo b, La-Vecchia C, Negri E, Saraceno B. Suicide mortality in Italy: an update from 1955 to 1987. Rev- Epidemiol-Sante- Publique. 1993; 41(6): 454-60
94. La Vecchi C, Lucchini F, Levi F, Negri E. Trends in suicide mortality in Europe, 1955-89. Soz-Praventivmed. 1993; 38(6): 379-97
95. Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD. Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. J-Abnorm- Child-Psychol. 1993 Jun; 21(3): 339-53
96. Liu T, Waterborg Jw, Roseman J, Coombs DW Maetz HN. Suicide in Alabama, 1980 to 1989. South-Med-J. 1994 Jan; 87(1): 10-6
97. Stone N. Parental abuse as a precursor to childhood onset depression and suicidality. Child-Psychiatry-Hum-Dev. 1993 Fall; 24(1): 13-24
98. Carney SS, Rich CL, Burke PA, Fowler Rc. Suicide over 60: the San Diego study. J-Am-Geriatr-Soc. 1994 Feb; 42(2): 174-80
99. Rosa K. Social determinants of attempted suicide. Przegl-Lek. 1990. 47(6). P 513-5
100. Noyes R Jr, Christiansen J, Clancy J. Predictors of serious suicide attempts among patients with panic disorder. Compr-Psychiatry; 1991 May-Jun; 32(3); p 261-7
101. Lester D. National Suicide and Homicide rates: Correlates versus predictors. 1989 Soc Sci.Med; 79(11); P 1249-52
102. Crepet C. Suicide and unemployment in Italy. Current issues of suicidology. Springer- Verlag Berlin Heidelberg. 1988
103. Platt S. Clinical and social characteristics of male parasuicides: variation by employment status and duration of unemployment. 1986. Acta Psychiatr Scand 74: 24-31.
104. Thomssen C, Möller H-J. A Description of Behavioral Patterns of Coping with Life Events in Suicidal Patients. Currents Issues of Suicidology. 1988. New York.
105. Hu WH, Sun CH. A Clinical Study of Schizophrenic Suicides. 42 Cases in Taiwan. Schizophr- Res. 1991 Jul Aug; 5(1); 43- 50.
106. Haberhauer G. Epidemology of Attempted Suicide. 1991. Zgesamte-Inn-Med. 1991 Dec 46(17), p 654-6.

107. Heikkinen M, Aro H, Longqvist J. Life events and support in suicide. *Suicide-Life-Threat-Behav.* 1993 Winter; 23(4): 343-58
108. Henriksson TG; Lindquist O; Spannare BJ. Clear connection between gun ownership and suicide. 92 per cent of attempts result in death. *Lakartidningen*; 1992 Feb 26; 89 (9); P 667- 70, 673.
109. Sovljanski. Suicidal poisonings caused by pesticides in Voivodina (Yugoslavia). During 1960-1984. *Current Issues of suicidology.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1988.
110. Beaumont G. The toxicity of antidepressants. 1989 *Br. J. Psychiatry.* 154; P454-8
111. Maurice S. Epidemiological Study of suicides and attempted suicides in Aquitaine. 1990 *J Epidemiol Community Health*; 43(3); P 290-2.
112. Peterson LG; Bongar B. Repetitive suicidal crises: characteristics of repeating versus nonrepeating suicidal visitors to a psychiatric emergency service. *Psychopathology*; 1990; 23(3); P 136-45
113. Ekeberg O; Aargaard I. [Suicide and attempted suicide among the elderly]. Titulo original: Selvmord og selvmordsforsok blant eldre. *Tidsskr- Nor- Laegeforen*; 1991 Feb 20; 111(5); P 562-4
114. Sokal-Diehl A; Cimoszko-Knytel M. [Psychiatric analysis of suicidal poisoning]. Titulo original: Analiza psychiatryczna zatruc samobojczych. *Przegl- Lek*; 1990; 47(6); P 489-91
115. Zegarski W; Swica P; Lamparska E; Zielinski D; Bakula S. [Psychosocial conditions of psychotropic drug poisoning of patients treated in the Gdansk Toxicology Center]. *Przegl- Lek*; 1990; 47(6); P 500-1.
116. Perez Gomez JM; Belzunegui Otano T. Intoxicaciones medicamentosas agudas voluntarias -IMAV- en el area sanitaria Navarra I, durante 1989. Estudio epidemiologico descriptivo". *Rev- Sanid- Hig- Publica- (Madr)*; 1990 Jul-Aug; 64 (7-8); P 401-14.
117. Suk JH; Han CH; Yeon BK. Suicide by burning in Korea. *Int- J- Soc- Psychiatry*; 1991 Summer; 37(2); P 141-5
118. Daniels SM; Fenley JD; Powers PS; Cruse CW. Self- inflicted burns: a ten-year retrospective study. *J- Burn- Care- Rehabil*; 1991 Mar-Apr; 12(2); P 144-7
119. Bhkrum MJ, Johnson KA. Fire and suicide: a three year study of self-inmolation deaths. 1992 *J- Forensic-Sci*; Jan. 37 (1) 208-21.
120. Jayarama V, RamaKrihnan KM, Davies MR. Burns in Madras, India: an analysis of 1368 patients in 1 year. *Burns.* 1993 Aug; 19(4): 339-44.

121. Chambers . Self-inflicted death (1971-1985): Preliminary Results of a 15 year Survey in an Inner city Area on the incidence and methods employed. 1988 Current Issues of Suicidology. Berlin Springer-Verlag.

122. Erfurth A. AIDS Disease and Psychopathology- Observations by the psychiatric consultation Service of an Internal Medicine Clinic. 1989 Fortschr Neurol Psychiatr; 57(11); p 469-73.

123. Misrachi-A; Hirsch-D. Aspects psychologiques et psychiatriques du SIDA. Acta-Urol-Belg. 1993 Jan- Jun; 61 (1-2): 571-87.

124. Rose MA. Health concerns of women with HIV/AIDS. J-Assoc-Nurses- AIDS-Care. 1993 Jul-Sep; 4(3): 39-45.

125. Mc Kegney FP. AIDS Patients Compared with others seen in psychiatric consultation. 1990 Gen Hosp Psychiatry; Jan; 12(1); P50-5.

126. Fernandez Astiz C. Alteraciones psicológicas y sociales en la neoplasia maligna. (1983) Tesina Universidad Complutense Madrid.

127. Di Maggio JR. Educating psychiatry residents about death and dying. A national survey. Gen-Hosp-Psychiatry. 1993 May; 15(3): 166-70

128. Jesudason V. Suicide among Wisconsin elderly. Wis- Med-J. 1993 Jun; 92(6): 285-6

129. Ficher EP, Comstock GW, Monk MA, Sencer DJ. Characteristics of completed suicides: implications of differences among methods. Suicide- Life- Threat- Behav. 1993 Summer; 23(2): 91-100

130. Schmitt W. Zur Differential typologie von patienten mit harten und weichen Suizidmethoden. 1991 Nervenarzt Jul; 62(7) p 440-4.

131. Schmidtke A. Suicidal behaviour on railways in the FRG. Soc-Sci-Med. 1994 Feb; 38(3): 419-26

132. O'Donell I, Farmer RD. The epidemiology of suicide on the London Underground. Soc-Sci-Med. 1994 Feb; 38(3): 409-18

133. Beskow J, Thorson J, Ostrom M. National suicide prevention programme and railway suicide. Soc-Sci-Med. 1994 Feb; 38(3): 447-51

134. Tranah T, Farmer RD. Psychological reactions of drivers to railway suicide.U.K. Soc-Sci-Med. 1994 Feb; 38(3): 459-69

135. Williams c, Miller J, Watson G, Hunt N. A strategy for trauma debriefing after railway suicides. Soc-Sci-Med. 1994 Feb; 38(3): 483-7

136. Theorell T, Leymann, Jodko M, Konarski K, Norbeck HE. 'Person under train' incidents from the subway driver's point of view--a prospective 1-year follow-up study: the design, and medical and psychiatric data. Soc-Sci-Med. 1994 Feb; 38(3): 471-5
137. Hes JP. Roulette of tehe road: a new kind of suicide attempt?. A Preliminary report. 1989 Crisis; Oct; 10(2); p179-80.
138. Berman Al. Suicide in the workplace. Suicide--Life-Threat-Behav. 1993 Fall; 23(3): 268-72
139. Pugh K, O'Donell I, Catalan J. Suicide and HIV disease AIDS-Care. 1993; 5(4): 391-400
140. Chuang cY, Chang PY, Lin KC. AIDS in the Republic of China, 1992. Clin-Infect-Dis. 1993 Nov; 17 Suppl 2: S337-40
141. Hidalgo Rodrigo MI, Santiago Cuervos M, García Serna B, González Manjavacas C. Las conductas autoagresivas en el servicio de urgencias. Aten-Primaria. 1994 Jan; 13(1): 25-6, 28-30
142. Emmerson B, Cantor C. Train suicides in Brisbane, Australia, 1980-1986. Crisis. 1993; 14(2): 90-4
143. Fekete S, Balko Macsai E, Koczán G, Ozsvath K, Benko A. The role of imitation in suicidal behavior. Orv- Hetil; 1992 Jan 5; 133(1); P 25-8
144. Landau Sf, Rahav G. "Suicide and attempted suicide: their relation to subjective social stree indicators. Genet Soc Psychol Monogr . 1989 Aug; 115(3); p 273-94.
145. Maes M, Meltzer Hy, Suy E, De Meyer F. Seasonality in severity of depression: relationships to suicide and homicide occurrence. Acta-Psychiatr-Scand. 1993 Sep; 88(3): 156-61
146. Haberhauer G, Fries W. Zur Epidemiologie von Selbstmordversuchen. Z-Gesamte- Inn-Med; 1991 Dec; 46(17); P 654-6
147. Vijayakumar L, Thilothammal L. Suicide pacts. Crisis. 1993; 14(1): 43-6
148. O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. Suicide notes. Br-J- Psychiatry. 1993 Jul; 163: 45-8
149. REIMER.(1982)."Suizid". Springer. Berlin.
150. Conwell Y. Suicide in later life: Psychological autopsy findings. Int-Psychogeriatr; 1991 Spring; 3(1) p59-66.
151. Schmitt W, Mundt C. Zur Differentialtypologie Von Patienten mit Harten und Weichen Suizidmethodem. Nervenarzt; Jul 62(7) p440-4.

152. Westen D. Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder. *Am J Orthopsychiatry*. Jan 1990 60(1); p 55-66
153. Hamdi E. Clinical Correlates of Intent in Attempted Suicide. *Acta- Psychiatr- Scand*; 1991 May; 83(5); p 406-11.
154. Bron B. Grief and suicidal behavior after losing a close person in endogeneous and neurotic reactive depression in advanced age. *Schweiz- Arch- Neurol- Psychiatr*; 1991; 142 (3) p 219-33.
155. Stack S, Lester D. The effect of religion on suicide ideation. *Soc- Psychiatr- Epidemiol*. 1991 Aug; 26(4); p 168- 70.
156. Hengeveld M W, Van Der Wal J, Kerkhof AJ. Clinical Prediction of Suicidal Behavior Among High-Risk Suicide Attempters. 1988 *Current Issues of Suicidology*. Springer- Verlag.
157. Bäuml C. A Follow-up Study 1 Year after Suicide:A Comparison Between Individuals Younger and Older than 55 Years. *Current Issues of Suicidology* .1988 Springer- Verlag.
158. Kreitman N. Age and Parasuicide. 1986 *Psychol Med* 6: 113-121.
159. Feuerlein W. Ursachen, Motivationen und Tendenzen von Selbstmordhandlungen in Alter. 1977 *Aktuel Gerontol* 7:67-74.
160. Pallis DJ, Gibbons. Estimating Suicide Risk Among Attempted Suicides. *Br.J. Psychiatry* 1984 144:139-148.
161. Papadimitriou GN; Linkowski P; Delarbre C; Mendlewicz J Suicide on the paternal and maternal sides of depressed patients with a lifetime history of attempted suicide. *Acta- Psychiatr- Scand*; 1991 Jun; 83(6); P 417-9
162. REICH P. Panic attacks and the risk of the suicide. *N. Engl J Med*; Nov 2,321 (18); p 1260-1
163. Krarup G, Nielsen B, Rask P, Petersen P. Childhood experiences and repeated suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 1991; Jan; 83(1); p 16-9.
164. Gaillard M, Martel S. Severe Suicides:short and long-term outcome. Assesment of their quality of live. 1990 *Agressologie*; 31 (10); p 749-52.
165. Lester D. Does Suicidal intent mean the same in completed suicides as it does in attempted suicides?. *Psychol-Rep* 1991; Aug; 69(1); P 50.
166. Orbach I. Styles of Problem Solving in Suicidal Individuals. *Suicide Life Threat Behav*; 1990 Spring; 20 (1); P 56-64.
167. Longqvist J. Risk Factors and Suicide Mortality during a Five-years Follow-up. *Acta- Psychiatr.- Scand*. 84(7): p 545 -9

168. Hodes M. Overdosing as communication: a cultural perspective. Br- J- Med- Psychol; 1990 Dec; 63 ( Pt 4 ) ; P 319-33.
169. Lee SC. Significant Risk of Attempted Suicide in Chang Gung Memorial Hospital. 1991 Chang Keng-I-Hsueh, Sep; 14(3) P 106-91.169.
170. Torhorst H. Comparing a 3-month and a 12-Month-Outpatient Aftercare Program for Parasuicide Repeaters. Current Issues of Suicidology. 1988 New York Springer-Verlag.
171. Wetzel RD. The cognitive triad and suicide intent in depressed in-patients. 1989 Psychol Rep; Dec; 65(3); P 1027-32.
172. Gralnick A. Suicide in the psychiatric hospital. Child-Psychiatry- Hum-Dev. 1993 Fall; 24(1): 3-12.
173. Haycock J. Double jeopardy: suicide rates in forensic hospitals. Suicide-Life-Threat-Behav. 1993 Summer; 23(2): 130-8
174. Zonda T, Lester D. Blood type and suicide. Biol- Psychiatri 1993. Jun 1-15; 33 (11-12) 850-1.
175. Rodríguez Picazo A. Meteoropsiquiatría. Comunicación en las VIII Jornadas Científicas de la Asociación Meteorológica Española. Badajoz 1976.
176. Kok LP, Tsoi WF. Season, climate and suicide in Singapore. Med-Sci-Law. 1993 Jul; 33(3): 247-52
177. Maes M, Cosyns P, Meltzer HY, De Meyer F, Peeters D. Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. Am-J-Psychiatry. 1993 Sep; 150(9): 1380-5
178. Lipe H, Schultz A, Bird TD. Risk factors for suicide in Huntingtons disease: a retrospective case controlled study. Am-J-Med-Genet. 1993 Dec 15; 48(4): 231-3
179. Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, Fawcett JA. Interactions of risk factors in predicting suicide. Am-J-Psychiatry. 1994 Mar; 151(3): 434-5
180. Kuprinski J, Tiller JW, Burrows GD, Hallenstein H. Youth suicide in Victoria: a retrospective study. Med-J-Aust. 1994 Feb 7; 160(3): 113-6
181. Goldney RD. Suicide in the young. J-Paediatr- Child- Health. 1993; 29 Suppl 1: S50-2
182. King CA, Segal HG, Maylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. J-Am-Acad-Child-Adolesc-Psychiatry. 1993 Nov; 32(6): 1198-206
183. Veilleux C, St Cyr Tribble D, Paul D. Conceptions et attitudes des parents d'adolescents par rapport au suicide. Sante-Ment-Que. 1993 Spring; 18(1): 269-86

184. Morano CD, Cisler RA, Leremond J. Risk factors for adolescent suicidal behavior: loss, insufficient familial support, and hopelessness. *Adolescence*. 1993 Winter; 28(112): 851-65
185. Queralt M. Risk factors associated with completed suicide in Latino adolescents. *Adolescence*. 1993 Winter; 28(112): 831-50
186. Hazell P. Adolescent suicide clusters: evidence, mechanisms and prevention. *Aust-N-Z-J-Psychiatry*. 1993 Dec; 27(4): 653-65
187. Gómez A, Barreras A, Jaar E, Lolas Stepke F, Suarez L, Nuñez C. Características sociodemográficas y clínicas de mujeres que intentaron suicidarse. *Acta- Psiquiatr- Psicol- Am-Lat*. 1993 Sep; 39(3): 223-30
188. Van Egmond M, Garnefski N, Jonker D, Kerkof A. The relationship between sexual abuse and female suicidal behavior. *Crisis*. 1993; 14(3): 129-39
189. Bahro M, Stadmuller G. Suizidalität im Alter. *Pflege-Z*. 1994 Jan; 47(1): 31-4
190. Van Hooff AJ. Suicide and parasuicide in ancient personal testimonies. *Crisis*. 1993; 14(2): 76-82
191. Conwell Y. Suicide in the elderly: cross-cultural issues in late-life suicide. *Crisis*. 1993; 14(4): 152-3
192. Hayes LM. Jail suicide--prevention through written protocol. *Crisis*. 1993; 14(1): 11-3
193. Wool RJ. Care of suicidal prisoners. Use of unfurnished rooms is exceptional... *BMJ*. 1993 Sep 25; 307(6907): 805
194. Hart WA. Care of suicidal prisoners. Deliberate self harm is underreported. *BMJ*. 1993 Sep 25; 307(6907): 805
195. Deykin EY, Buka SL. Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. *Am- J- Public- Health*. 1994 Apr; 84(4): 634-9
196. Ardiet G. Suicidant a l'hopital general: vous avez dit accueil?. *Ann-Med-Psychol-Paris*. 1992 Oct; 150(8): 598-600
197. Muhlebach A, Gognalons M, Abensur J, Andreoli A. Traitement de la crise et mortalité psychiatrique. *Ann-Med-Psychol-Paris*. 1993 Jan; 151(1): 33-46
198. Bassett D, Tsourtos G. Inpatient suicide in a general hospital psychiatric unit. A consequence of inadequate resources? *Gen-Hosp-Psychiatry*. 1993 Sep; 15(5): 301-6
199. Read DA, Thomas CS, Mellsoy GW. Suicide among psychiatric in-patients in the Wellington region. *Aust-N-Z-J-Psychiatry*. 1993 Sep; 27(3): 392-8

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN . . . . .	1
1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA . . . . .	1
1.1. MODELOS TEÓRICOS: SUICIDOLOGIA . . . . .	1
1.2. SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA . . . . .	3
1.3. EL SUICIDIO A LO LARGO DE LA HISTORIA . . . . .	3
1.4. IMPLICACIONES LEGALES DEL SUICIDIO EN ESPAÑA . . . . .	6
1.5. ESTADÍSTICAS OFICIALES EN RELACIÓN AL SUICIDIO . . . . .	9
1.6. APROXIMACIÓN ACTUAL AL FENÓMENO "SUICIDIO CONSUMADO" . . . . .	10
1.6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DEL SUJETO SUICIDA . . . . .	10
1.6.2. CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO . . . . .	16
1.6.3. CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO . . . . .	18
1.6.4. VARIABLES CLIMATICAS . . . . .	20
1.7. PREVENCIÓN . . . . .	21
1.8. INVESTIGACION DEL SUICIDIO . . . . .	21
2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA . . . . .	23
3. HIPOTESIS DE TRABAJO . . . . .	25
3.1. PUNTO DE PARTIDA . . . . .	25
3.2. OBJETIVO FUNDAMENTAL: DESCRIPCION DEL FENOMENO . . . . .	25
3.3. OBJETIVOS PARCIALES . . . . .	27
II. MATERIAL Y METODO . . . . .	30
1. DISEÑO DEL ESTUDIO . . . . .	30
1.1. FASES DEL ESTUDIO . . . . .	30
2. MATERIAL . . . . .	31
2.1. POBLACION MUESTRAL . . . . .	31
2.1.1. UBICACION DEL ESTUDIO: COMUNIDAD DE MADRID . . . . .	31
2.1.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA COMUNIDAD Y DE LOS DISTRITOS ESTUDIADOS MAS RELEVANTES . . . . .	32
2.1.1.2. RECURSOS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL EN LOS DISTRITOS ESTUDIADOS . . . . .	35
2.1.2. CRITERIOS DE ASIGNACION A LA MUESTRA: DIAGNOSTICO FORENSE . . . . .	36
2.1.3. RECOGIDA DE LOS CASOS: INSTITUTO ANATOMICO FORENSE DE MADRID . . . . .	36
2.1.3.1. CONDICIONES RESTRICTIVAS A LA RECOGIDA . . . . .	37
2.1.4. CONSIDERACIONES . . . . .	37
2.2. MATERIAL INCLUIDO EN EL ESTUDIO . . . . .	41
3. SISTEMATICA DE UTILIZACION (METODO) . . . . .	41
3.1. METODO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE. . . . .	41
3.1.1. RECOGIDA DE LOS DATOS . . . . .	41
3.1.1.1. MODELO DE PROTOCOLO ANATOMICO FORENSE . . . . .	41
3.1.1.2. VALIDACION DEL PROTOCOLO . . . . .	45
3.1.2. BASE DE DATOS ATMOSFERICOS . . . . .	45
3.1.3. TRATAMIENTO DE LOS DATOS . . . . .	47

3.1.3.1.	BASE DE DATOS . . . . .	47
3.1.3.2.	ANALISIS ESTADISTICO DE LA BASE DE DATOS . . . . .	47
3.1.4.	CONSIDERACIONES AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS . . . . .	49
3.2.	TERCERA FASE DEL ESTUDIO: AREA SANITARIA .	50
3.2.1.	UBICACION DE LOS CASOS . . . . .	50
3.2.2.	TRATAMIENTO DE LOS DATOS: NO INFORMATIZADO. MODELO DE PROTOCOLO .	50
3.2.3.	CONSIDERACIONES AL TRATAMIENTO DE ESTOS DATOS . . . . .	51
4.	FORMATO DE PRESENTACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS: . . . . .	52
<b>III.</b>	<b>RESULTADOS . . . . .</b>	<b>53</b>
1.	ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS	53
1.1.	DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS POR AÑOS, DISTRITOS Y AUTORIZACIONES: . . . . .	53
1.2.	CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS . . . . .	55
1.3.	CARACTERISTICAS DEL SUICIDIO . . . . .	66
1.3.1.	INTENTO CONSUMADO . . . . .	66
1.3.2.	INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS . . . . .	73
1.4.	VARIABLES ATMOSFERICAS OBSERVADAS . . . . .	81
1.4.1.	VARIABLES ATMOSFÉRICAS DISCRETAS .	82
1.4.2.	VARIABLES ATMOSFÉRICAS CONTINUAS .	83
2.	ANALISIS DE LA VARIANZA DE LA EDAD EN RELACION A LAS DEMÁS VARIABLES . . . . .	87
2.1.	EDAD/SEXO . . . . .	87
2.2.	EDAD/HORA . . . . .	87
2.3.	EDAD/ESCRITO EXPLICATIVO . . . . .	88
3.	ANALISIS DE LAS VARIABLES EXPLICATIVAS DEL FENOMENO . . . . .	89
3.1.	VARIABLES SOCIALES Y SANITARIAS EXPLICATIVAS DEL FENOMENO:SUICIDIO CONSUMADO . . . . .	90
3.1.1.	VARIABLE: SITUACION LABORAL . . . . .	90
3.1.1.2.	CARACTERIZACION DE LAS MODALIDADES SIGNIFICATIVAS EN SU CRUCE CON LA VARIABLE: SITUACION LABORAL . . . . .	102
3.1.1.3.	CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFÉRICAS CON LA VARIABLE SITUACION LABORAL . . . . .	113
3.1.2.	VARIABLE: PROBLEMÁTICA SOCIAL ACOMPAÑANTE . . . . .	115
3.1.2.1.	MODALIDADES QUE CARACTERIZAN A CADA UNA DE LAS CATEGORIAS DE LA VARIABLE "PROBLEMÁTICA" . . . . .	115
3.1.2.2.	CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON LA VARIABLE	

PROBLEMATICA SOCIAL . . . . .	124
3.1.3. VARIABLE: TRATAMIENTO . . . . .	126
3.1.3.1. MODALIDADES CARACTERISTICAS PARA CADA CATEGORIA DE LA VARIABLE TRATAMIENTO A QUE ESTABA SIENDO SOMETIDO. . . . .	126
3.1.3.2. DIAGNOSTICO MEDICO (PARA AQUELLOS EN LOS QUE CONSTA) EN RELACION AL TRATAMIENTO RECIBIDO	137
3.2. CARACTERISTICAS DEL SUICIDIO. VARIABLES EXPLICATIVAS . . . . .	140
3.2.1. VARIABLE: LUGAR DEL SUICIDIO . . . . .	140
3.2.1.1. CARACTERIZACION DE LAS CATEGORIAS DE LA VARIABLE LUGAR DEL SUICIDIO . . . . .	140
3.2.1.2. CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON LA VARIABLE LUGAR DEL SUICIDIO . . . . .	150
3.2.2. VARIABLE METODO DEL SUICIDIO . . . . .	151
3.2.2.1. CARACTERIZACION DE LA VARIABLE: METODO DEL SUICIDIO CONSUMADO . . . . .	151
3.2.2.2. RELACION ENTRE EL METODO DE LA TENTATIVA ANTERIOR Y EL METODO EN EL SUICIDIO CONSUMADO . . . . .	158
3.2.2.3. CRUCE DE VARIABLES ATMOSFERICAS CON VARIABLE: METODO . . . . .	197
3.2.3. INTENTOS PREVIOS . . . . .	199
3.2.3.1. CARACTERIZACION DE LAS MODALIDADES PARA LA VARIABLE: NUMERO DE INTENTOS PREVIOS . . . . .	199
3.2.3.2. CRUCE DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON LA VARIABLE: INTENTOS DE SUICIDIO ANTERIORES	208
4. ANALISIS CLUSTER POR EL METODO DE LAS K-MEDIAS. . . . .	209
4.1. PARTICION DE SEIS CLASES . . . . .	209
4.1.1. INERCIA EN LA CONSTITUCION DE LAS CLASES . . . . .	209
4.1.2. DESCRIPCION DE LAS CLASES EN PARTICION DE SEIS . . . . .	209
4.1.2.1. CLASE NUMERO 1: . . . . .	209
4.1.2.2. CLASE NUMERO 2 . . . . .	209
4.1.2.3. CLASE NUMERO 3 . . . . .	210
4.1.2.4. CLASE NUMERO 4 . . . . .	210
4.1.2.5. CLASE NUMERO 5 . . . . .	210
4.1.2.6. CLASE NUMERO 6 . . . . .	210
4.1.3. CARACTERIZACION DE LAS CLASES CON RESPECTO A LAS VARIABLES ATMOSFERICAS	211

4.1.3.1.	RELACION DE ESTAS CLASES MODALES CON LAS VARIABLES ATMOSFERICAS	211
4.1.3.2.	RELACION DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON CADA UNA DE LAS CLASES . . . . .	212
4.2.	CLASIFICACION EN NUEVE CLASES . . . . .	213
4.2.1.	INERCIA DE LAS CLASES EN LA PARTICION DE NUEVE . . . . .	213
4.2.2.	DESCRIPCION DE LAS CLASES EN LA PARTICION DE NUEVE . . . . .	213
4.2.2.1.	CLASE 1 . . . . .	213
4.2.2.2.	CLASE 2 . . . . .	213
4.2.2.3.	CLASE 3 . . . . .	214
4.2.2.4.	CLASE 4 . . . . .	214
4.2.2.5.	CLASE 5 . . . . .	215
4.2.2.6.	CLASE 6 . . . . .	215
4.2.2.7.	CLASE 7 . . . . .	215
4.2.2.8.	CLASE 8 . . . . .	216
4.2.2.9.	CLASE 9: . . . . .	216
4.2.3.	RELACION DE LAS VARIABLES ATMOSFERICAS CON CADA UNA DE LAS CLASES . . . . .	216
4.2.3.1.	TEMPERATURA MÁXIMA . . . . .	216
4.2.3.2.	VELOCIDAD MAXIMA DEL VIENTO	217
4.2.3.3.	PRECIPITACION TOTAL . . . . .	217
5.	RESULTADOS EN LOS DISTRITOS SANITARIOS ESTUDIADOS . . . . .	218
5.1.	DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS QUE INTEGRAN EL GRUPO SUICIDIO CONSUMADO EN EL ÁREA . . . . .	218
5.1.1.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL AÑO EN QUE SE PRODUJERON LOS SUICIDIOS EN EL ÁREA	218
5.1.2.	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LOS SUJETOS . . . . .	219
5.1.3.	CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO . . . . .	223
5.1.4.	CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO . . . . .	224
5.1.4.1.	CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO CONSUMADO . . . . .	225
5.1.4.2.	CARACTERÍSTICAS DE LOS INTENTOS PREVIOS . . . . .	228
5.2.	IDENTIFICACIÓN DE LOS SUJETOS EN RELACIÓN AL SISTEMA SANITARIO ASISTENCIAL . . . . .	230
5.2.1.	SUJETOS QUE NUNCA HAN ESTADO EN TRATAMIENTO . . . . .	230
5.2.1.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LOS SUJETOS QUE NUNCA HAN ESTADO EN TRATAMIENTO . . . . .	230
5.2.1.2.	CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO CON EL SISTEMA ASISTENCIAL . . . . .	234
5.2.1.3.	CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO . . . . .	234

5.2.2. SUJETOS QUE A LO LARGO DE SU VIDA HAN ESTABLECIDO CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO ESTUDIADO . . . . .	239
5.2.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE ESTE GRUPO . . . . .	239
5.2.2.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO . . . . .	242
5.2.2.3. CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO . . . . .	245
5.2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS SUJETOS CON CONTACTO EN EL SISTEMA ASISTENCIAL . . . . .	249
5.2.3.1. SUJETOS QUE CONTACTARON CON ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS . . . . .	249
5.2.3.2. SUJETOS CON CONTACTO DE TIPO PSIQUIATRICO . . . . .	259
<b>IV.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS MISMOS</b> . . . . .	<b>271</b>
1.- DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO SUICIDIO CONSUMADO EN NUESTRO MEDIO . . . . .	271
1.0.- DISTRIBUCIONES PORCENTUALES: TASAS . . . . .	271
1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES . . . . .	273
1.1.1. SEXO . . . . .	273
1.1.2. EDAD . . . . .	274
1.1.3. ESTADO CIVIL . . . . .	278
1.1.4. SITUACIÓN LABORAL . . . . .	279
1.1.5. CONVIVENCIA . . . . .	280
1.1.6. PROBLEMATICA SOCIAL ACOMPAÑANTE . . . . .	281
1.1.7. PROCEDENCIA . . . . .	282
1.1.8. ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN EL MEDIO FAMILIAR DEL SUJETO . . . . .	283
1.2. CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE SUICIDIO . . . . .	283
1.2.1. INTENTO CONSUMADO . . . . .	283
1.2.1.1. MÉTODO EMPLEADO . . . . .	283
1.2.1.2. LUGAR DEL SUICIDIO . . . . .	294
1.2.1.3. HORA DEL SUICIDIO . . . . .	299
1.2.1.4. DÍA DE LA SEMANA . . . . .	300
1.2.1.5. MES . . . . .	300
1.2.1.6. SOLICITUD DE AYUDA . . . . .	303
1.2.1.7. AVISO PREVIO . . . . .	303
1.2.1.8. SUICIDIO AMPLIADO . . . . .	305
1.2.1.9. ESCRITO EXPLICATIVO . . . . .	305
1.2.2. INTENTOS PREVIOS . . . . .	305
1.2.2.1. SIN INTENTOS PREVIOS . . . . .	306
1.2.2.2. NUMERO DE INTENTOS PREVIOS . . . . .	309
1.2.2.3. MÉTODO DEL INTENTO PREVIO . . . . .	313
1.2.2.4. ASISTENCIA MEDICA EN EL INTENTO PREVIO . . . . .	314
1.2.2.5. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INTENTO PREVIO . . . . .	314
1.3. CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO SANITARIO . . . . .	316
1.3.1. DESCRIPCIÓN DEL CONTACTO SANITARIO EN LA POBLACIÓN SUICIDA TOTAL (858 casos) . . . . .	316

1.3.1.1.	DESCRIPCION SEGUN EL TIPO DE CONTACTO . . . . .	316
1.3.1.1.1.	TRATAMIENTO AMBULATORIO PSIQUIATRICO . . . . .	316
1.3.1.1.2.	TRATAMIENTO AMBULATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO . . . . .	319
1.3.1.1.3.	INGRESO PSIQUIÁTRICO . . . . .	320
1.3.1.1.4.	INGRESO MEDICO QUIRURGICO . . . . .	322
1.3.1.1.5.	NINGÚN TRATAMIENTO . . . . .	323
1.3.1.2.	DIAGNOSTICO MÉDICO (PARA AQUELLOS EN LOS QUE CONSTA) . . . . .	325
1.3.1.2.1.	TRATAMIENTO AMBULATORIO PSIQUIÁTRICO . . . . .	326
1.3.1.2.2.	TRATAMIENTO AMBULATORIO ORGÁNICO . . . . .	326
1.3.1.2.3.	INGRESO PSIQUIÁTRICO . . . . .	326
1.3.1.2.4.	INGRESO ORGÁNICO . . . . .	327
1.3.1.2.5.	NINGÚN TRATAMIENTO . . . . .	327
1.3.1.2.6.	NO CONSTA TRATAMIENTO . . . . .	327
1.3.2.	ANÁLISIS DE RESULTADOS EN EL AREA SANITARIA ESTUDIADA . . . . .	329
1.3.2.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y SANITARIAS DE LOS SUICIDAS DEL ÁREA . . . . .	329
1.3.2.1.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS Y SANITARIAS DEL GRUPO SIN CONTACTO SANITARIO . . . . .	332
1.3.2.1.2.	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS DEL GRUPO CON CONTACTO SANITARIO . . . . .	333
1.3.2.1.3.	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS DEL GRUPO CON CONTACTO MEDICOQUIRURGICO . . . . .	334
1.3.2.1.4.	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SANITARIAS DEL GRUPO CON CONTACTO PSIQUIÁTRICO . . . . .	334
1.3.2.2.	CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO . . . . .	335
1.3.2.2.1.	CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO DEL GRUPO SIN CONTACTO SANITARIO . . . . .	335
1.3.2.2.2.	CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO EN EL GRUPO CON CONTACTO SANITARIO . . . . .	335
1.3.2.2.3.	CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO DEL GRUPO CON CONTACTO MEDICOQUIRURGICO . . . . .	336
1.3.2.2.4.	CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO DEL GRUPO CON CONTACTO PSIQUIÁTRICO . . . . .	336
1.3.2.3.	CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO SANITARIO . . . . .	337
1.3.2.3.1.	CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO DEL GRUPO MEDICOQUIRURGICO . . . . .	338
1.3.2.3.2.	CONTACTO SANITARIO DEL GRUPO PSIQUIÁTRICO . . . . .	338

1.3.2.4. DIAGNOSTICO SEGÚN EL TIPO DE CONTACTO SANITARIO ESTABLECIDO . . . . .	340
1.4. CARACTERISTICAS DE LAS VARIABLES ATMOSFÉRICAS EN RELACIÓN AL SUICIDIO CONSUMADO EN MADRID. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS . . . . .	340
1.4.1. VARIABLES CLIMATICAS ENFRENTADAS A NUMERO DE SUICIDIOS POR DIAS . . . . .	342
1.4.2. TIPOS DE DÍAS ENFRENTADOS A GRUPOS DE SUICIDIO . . . . .	343
1.4.3. VARIABLES CLIMATICAS AISLADAS ENFRENTADAS A GRUPOS DE SUICIDIO . . . . .	343
1.5. SUJETOS EN RIESGO SUICIDA. DISCUSION DE LOS RESULTADOS . . . . .	345
V. CONCLUSIONES . . . . .	350
VI. BIBLIOGRAFIA . . . . .	353
MII. INDICE . . . . .	366

VIII. APENDICE

UNIVERSIDAD	COMPLUTENSE	DE	MADRID	UNIVERSIDAD	COMPLUTENSE	DE	MADRID	UNIVERSIDAD	COMPLUTENSE	DE	MADRID
1	1278			1	1278			1	1278		
2	1279			2	1279			2	1279		
3	1280			3	1280			3	1280		
4	1281			4	1281			4	1281		
5	1282			5	1282			5	1282		
6	1283			6	1283			6	1283		
7	1284			7	1284			7	1284		
8	1285			8	1285			8	1285		
9	1286			9	1286			9	1286		
10	1287			10	1287			10	1287		
11	1288			11	1288			11	1288		
12	1289			12	1289			12	1289		
13	1290			13	1290			13	1290		
14	1291			14	1291			14	1291		
15	1292			15	1292			15	1292		
16	1293			16	1293			16	1293		
17	1294			17	1294			17	1294		
18	1295			18	1295			18	1295		
19	1296			19	1296			19	1296		
20	1297			20	1297			20	1297		
21	1298			21	1298			21	1298		
22	1299			22	1299			22	1299		
23	1300			23	1300			23	1300		
24	1301			24	1301			24	1301		
25	1302			25	1302			25	1302		
26	1303			26	1303			26	1303		
27	1304			27	1304			27	1304		
28	1305			28	1305			28	1305		
29	1306			29	1306			29	1306		
30	1307			30	1307			30	1307		
31	1308			31	1308			31	1308		
32	1309			32	1309			32	1309		
33	1310			33	1310			33	1310		
34	1311			34	1311			34	1311		
35	1312			35	1312			35	1312		
36	1313			36	1313			36	1313		
37	1314			37	1314			37	1314		
38	1315			38	1315			38	1315		
39	1316			39	1316			39	1316		
40	1317			40	1317			40	1317		
41	1318			41	1318			41	1318		
42	1319			42	1319			42	1319		
43	1320			43	1320			43	1320		
44	1321			44	1321			44	1321		
45	1322			45	1322			45	1322		
46	1323			46	1323			46	1323		
47	1324			47	1324			47	1324		
48	1325			48	1325			48	1325		
49	1326			49	1326			49	1326		
50	1327			50	1327			50	1327		
51	1328			51	1328			51	1328		
52	1329			52	1329			52	1329		
53	1330			53	1330			53	1330		
54	1331			54	1331			54	1331		
55	1332			55	1332			55	1332		
56	1333			56	1333			56	1333		
57	1334			57	1334			57	1334		
58	1335			58	1335			58	1335		
59	1336			59	1336			59	1336		
60	1337			60	1337			60	1337		
61	1338			61	1338			61	1338		
62	1339			62	1339			62	1339		
63	1340			63	1340			63	1340		
64	1341			64	1341			64	1341		
65	1342			65	1342			65	1342		
66	1343			66	1343			66	1343		
67	1344			67	1344			67	1344		
68	1345			68	1345			68	1345		
69	1346			69	1346			69	1346		
70	1347			70	1347			70	1347		
71	1348			71	1348			71	1348		
72	1349			72	1349			72	1349		
73	1350			73	1350			73	1350		
74	1351			74	1351			74	1351		
75	1352			75	1352			75	1352		
76	1353			76	1353			76	1353		
77	1354			77	1354			77	1354		
78	1355			78	1355			78	1355		
79	1356			79	1356			79	1356		
80	1357			80	1357			80	1357		
81	1358			81	1358			81	1358		
82	1359			82	1359			82	1359		
83	1360			83	1360			83	1360		
84	1361			84	1361			84	1361		
85	1362			85	1362			85	1362		
86	1363			86	1363			86	1363		
87	1364			87	1364			87	1364		
88	1365			88	1365			88	1365		
89	1366			89	1366			89	1366		
90	1367			90	1367			90	1367		
91	1368			91	1368			91	1368		
92	1369			92	1369			92	1369		
93	1370			93	1370			93	1370		
94	1371			94	1371			94	1371		
95	1372			95	1372			95	1372		
96	1373			96	1373			96	1373		
97	1374			97	1374			97	1374		
98	1375			98	1375			98	1375		
99	1376			99	1376			99	1376		
100	1377			100	1377			100	1377		

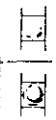


CARACTERISATION PAR LES MODALITES  
DES CLASSES OU MODALITES DE : COUPURE 'B' DE L'ARBRE EN 9 CLASSES



C.P.D.

MODALITES CARACTERISTIQUES	IDEN	POURCENTAGES			POIDS	V-TEST	PROBA
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOEAL			
CLASSE 1 / 9	BF1B			20.98	160		
<b>MADRID</b>							
COIT	JUB	64.64	94.44	30.65	263	20.82	0.000
EDAD	65-73	64.38	57.22	18.65	160	13.63	0.000
ESTA	VIU	64.66	47.73	15.50	133	12.12	0.000
TTG	AGTR	71.13	38.33	11.31	97	11.40	0.000
EDAD	79-92	63.13	34.44	10.61	91	10.33	0.000
PROG	PATO	52.38	30.56	12.12	104	7.67	0.000
LOC	DOMP	27.29	67.78	67.48	577	6.87	0.000
TENT	PRIM	29.55	69.33	48.02	412	6.10	0.000
SSIS	NC	22.78	100.00	92.07	790	5.33	0.000
TIRM	NC	22.84	98.33	90.33	775	4.53	0.000
CONV	FENU	42.42	15.56	7.69	66	4.00	0.000
CONV	CTRF	58.33	7.73	2.80	24	3.87	0.000
METO	PREC	26.38	61.11	48.60	417	3.70	0.000
PROB	PDEU	50.00	6.11	2.56	22	2.86	0.002
SEXO	MUJE	26.07	40.56	32.43	280	2.44	0.007
SVI	SI	29.31	16.49	13.52	116	2.19	0.014
MRS	MAY	29.76	13.89	5.79	84	1.99	0.029
MRS	MAY	29.07	13.79	10.02	86	1.76	0.029
CLASSE 2 / 9	BF2B			1.63	14		
<b>UNIVERSIDAD</b>							
ASIS	NO	100.00	100.00	1.63	14	11.48	0.000
TENT	>=2	9.84	92.86	17.13	147	6.03	0.000
SVI	SI	7.76	64.29	13.52	116	4.21	0.000
TIRM	1-4S	19.05	28.57	2.45	21	3.51	0.000
TIRM	>12M	15.00	21.43	2.33	20	2.71	0.003
TIRM	1-3M	22.22	14.29	1.05	9	2.35	0.003
MRS	AGD	6.12	21.43	5.71	49	1.74	0.041
MRS	AGD	6.12	21.43	5.71	49	1.74	0.041
ANTE	NO	2.90	57.14	32.17	276	1.69	0.046
TTG	INPS	9.09	14.29	2.56	22	1.67	0.047
DIET	SSEB	33.33	7.14	0.35	3	1.60	0.046





MODALITES CARACTERISTIQUES

IDEN ----- POURCENTAGES ----- POIDS V.TES  
 CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL

C.P.D.

CLASSE 3 / 9

BB3B 7.58 65

TENT	>=2	>=2	44.22	100.00	17.13	147	15.03	0.000	
ASIS	SI	SI	33.33	69.23	6.29	54	14.80	0.000	
TIEM	3-12M	3-12	86.96	30.77	2.68	23	9.40	0.000	
TIEM	>12M	>12M	35.00	26.15	2.33	20	8.49	0.000	
TIEM	1-4S	1-4S	61.90	20.00	2.45	21	6.36	0.000	
ANTE	NO	NO	16.30	69.23	32.17	276	6.26	0.000	
ITTO	APSI	APSI	13.71	63.09	34.85	299	4.70	0.000	
AVI	SI	SI	19.83	35.38	13.52	116	4.57	0.000	
TIEM	1-3M	1-3M	65.67	9.23	1.05	9	4.25	0.000	
TIEM	<1S	<1S	50.00	7.69	1.17	10	3.35	0.000	
SEXO	MUJER	MUJE	12.14	52.31	32.63	280	3.29	0.001	
MES	OCT	OCT	17.19	16.92	7.46	64	2.52	0.006	
MES	OCT	OCT	15.97	15.38	7.34	63	2.14	0.015	
JUST	SSEB	SSEB	66.67	3.08	0.35	3	2.14	0.016	
CONV	FENU	FFNU	15.15	15.38	7.69	66	2.03	0.021	
PROB	NO	NO	13.54	20.00	11.19	96	2.02	0.022	
SANI	4	4	14.93	15.38	7.81	67	1.99	0.023	
SIT	DES	DES	21.74	7.69	2.68	23	1.97	0.025	
JUST	LATI	LATI	17.50	10.77	4.66	40	1.95	0.026	
TIPODIA	CLA_1	CLA_	10.03	47.69	36.01	309	1.83	0.030	
HORA	12-19	12-1	10.71	36.92	26.11	224	1.88	0.030	
SIT	AC	AC	13.25	16.92	9.67	83	1.75	0.049	
PROB	ECC	ECC	22.22	6.15	2.10	18	1.74	0.041	

CLASSE 4 / 9

BB4B 1.63 14

METO	CAUS	CAUS	100.00	100.00	1.63	14	11.48	0.000	
SIT	AC	AC	6.02	35.71	9.67	83	2.43	0.007	
MES	MAR	MAR	5.95	35.71	9.79	84	2.41	0.007	
JUST	OTRO	OTRO	11.11	21.43	3.15	27	2.41	0.009	
SANI	OTRO	OTRO	10.71	21.43	3.26	28	2.37	0.009	
MES	MAR	MAR	5.56	35.71	10.26	88	2.34	0.010	
SEXO	MUJER	MUJE	3.21	64.29	32.63	280	2.19	0.014	
AVI	NO	NO	2.37	92.86	63.99	549	2.13	0.016	
MES	SEP	SEP	5.48	23.57	8.51	73	1.96	0.025	
MES	SEP	SEP	5.48	23.57	8.51	73	1.96	0.025	
META	CAS	CAS	2.72	64.29	38.56	331	1.70	0.045	
SANI	11-1	11-1	5.56	21.43	6.18	53	1.65	0.050	

MODALITES CARACTERISTIQUES

IDEN ----- POURCENTAGES ----- POIDS V.TES  
 CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL



C.P.D.

CLASSE 5 / 9

8858 20.86 179

COMPLUTENSE DE MADRID  
 UNIVERSIDAD

ESTA	CAS	CAS	36.86	68.16	38.58	331	8.97	0.000	
EDAD	43-54	43-5	53.39	35.20	13.75	118	8.45	0.060	
SIT	AC	AC	52.04	27.37	9.67	33	7.98	0.000	
TEXT	PRIM	PRIM	31.90	73.14	48.02	412	7.59	0.000	
EDUC	55-65	55-5	45.86	34.08	15.50	133	7.07	0.000	
SIT	TFIJ	TFIJ	40.00	42.56	22.73	195	7.02	0.000	
CONV	FEXT	FEXT	33.23	62.01	38.93	334	6.96	0.000	
TIO	APSI	APSI	33.78	56.42	34.85	299	6.59	0.000	
TJER	NC	NC	23.10	100.00	90.33	775	5.98	0.000	
ASIS	NC	NC	22.66	100.00	92.07	790	5.31	0.000	
AVI	NO	NO	35.23	37.99	22.49	193	5.26	0.000	
ESTA	DIV	DIV	55.56	13.97	5.24	45	5.13	0.000	
SIT	BL	BL	47.17	13.97	6.18	53	4.31	0.000	
PROB	NO	NO	38.54	20.67	11.19	96	4.13	0.000	
METO	AHOR	AHOR	32.58	32.40	20.75	172	4.07	0.060	
ANTE	NO	NO	27.90	42.02	32.17	276	3.35	0.000	
EDAD	34-42	34-4	33.33	18.99	11.89	102	3.04	0.001	
TIPODIP	CLA_1	CLA_	25.89	44.69	36.01	309	2.61	0.005	
METO	MED	MED	34.92	12.29	7.34	63	2.57	0.005	
MES	JUL	JUL	33.33	13.41	8.39	72	2.46	0.007	
MES	JUL	JUL	32.68	13.41	8.51	73	2.39	0.006	
SEXO	MUJER	MUJE	25.71	40.22	32.63	280	2.32	0.010	
DIA	S	S	30.53	16.20	11.07	95	2.25	0.012	
LUG	COMP	COMP	22.97	74.30	67.48	579	2.12	0.017	
PROB	ECD	ECD	44.44	4.47	2.10	18	2.06	0.029	
CONV	FENU	FENU	30.30	11.17	7.69	66	1.76	0.029	
MORA	19-24	19-2	27.20	18.99	14.57	125	1.74	0.041	
METO	OTROS	OTRO	33.33	7.26	4.55	39	1.70	0.044	



MODALITES CARACTERISTIQUES

IDEN ---- POURCENTAGES ---- POIDS V.TES  
 CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL



C.P.D.

CLASSE 6 / 9

8868 18.88 162

COMPLUTENSE DE MADRID

Variable	Code	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	POIDS	V.TES	0.000
ESTA	SOL	45.67	94.44	39.04	335	16.57	0.000
SIT	EST	82.14	28.40	6.53	56	10.62	0.000
EDAD	18-24	54.46	33.95	11.77	101	8.58	0.000
SIT	SAD	61.11	27.16	8.39	72	8.27	0.000
EDAD	25-33	45.93	38.27	15.73	135	7.91	0.000
EDAD	10-17	94.44	10.49	2.10	18	6.85	0.000
TTO	NO	34.35	48.77	26.81	230	6.63	0.000
CONV	FEXT	29.94	61.73	38.93	334	6.44	0.000
TIEM	NC	20.65	98.77	90.33	775	4.55	0.000
SIT	TFIJ	30.26	26.42	22.73	195	4.24	0.000
PROB	ADDA	45.83	13.58	5.59	48	4.27	0.000
TENT	PRIM	24.76	62.96	48.02	412	4.15	0.000
SEXO	VARO	22.49	80.25	67.37	578	3.51	0.000
ASIS	NC	20.25	98.77	92.07	790	3.86	0.000
LUG	OTRO	41.26	11.11	5.01	43	3.44	0.000
CONV	AMIG	83.33	3.09	0.70	6	3.05	0.001
DIA	J	29.23	23.46	15.15	130	3.03	0.001
FSC	SI	63.64	4.32	1.28	11	3.02	0.001
MED	MED	33.33	12.96	7.34	63	2.72	0.003
DIST	ALCA	80.00	2.47	0.58	5	2.56	0.005
MED	FERRTRAF	34.04	9.38	5.48	47	2.40	0.008
SANI	3	55.56	3.09	1.05	9	2.17	0.015
PROB	SENT	50.00	3.09	1.17	10	1.96	0.025
CONV	SOLD	26.42	17.28	12.35	106	1.93	0.027
HORA	0-6	24.68	24.07	19.41	158	1.92	0.028
PMES	NOV	27.40	12.35	8.51	73	1.74	0.041
TTO	APSI	22.07	40.74	34.85	299	1.65	0.050

CLASSE 7 / 9

8878 3.85 33

UNIVERSIDAD

Variable	Code	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	POIDS	V.TES	0.000
CONV	INST	78.79	78.79	3.85	33	12.65	0.000
LUG	INST	27.98	78.79	11.19	96	9.22	0.000
SIT	OTRO	100.00	39.39	1.52	13	9.15	0.000
PROB	JUDI	92.31	36.36	1.52	13	8.45	0.000
SEXO	VARO	5.36	93.94	67.37	578	3.48	0.000
ESTA	SOL	6.57	66.67	39.04	335	3.09	0.001
DIST	VALL	37.50	9.09	0.93	8	2.80	0.003
DIST	OTRO	19.52	15.15	3.15	27	2.78	0.003
EDAD	18-24	9.90	30.30	11.77	101	2.75	0.003
SANI	OTRO	17.35	15.15	3.26	28	2.73	0.003
PROB	CONV	20.30	12.12	2.33	26	2.53	0.005
MED	AMIG	7.80	39.39	20.75	178	2.33	0.010
HORA	NC	1.12	27.27	11.19	102	2.29	0.011
TTO	NO	6.02	45.45	26.81	230	2.18	0.015
SIT	SAD	9.72	21.21	8.39	72	2.15	0.015
EDAD	34-42	7.84	24.24	11.69	102	1.84	0.023
MED	AFUE	3.33	21.21	4.79	84	1.82	0.035
DIA	D	7.26	27.27	14.45	124	1.78	0.037
VI	NO	6.22	36.36	22.49	193	1.65	0.047

CPD-002-11375.000-15/12/88



C.P.D.

CLASSE 8 / 9

8888 4.55 39

MADRID  
 CONV  
 TTO  
 LUG  
 TTO  
 PROB  
 SIT  
 SEXO  
 METO  
 DIST  
 AVI  
 MES  
 FMES  
 EDAD  
 SANI  
 DIST  
 SANI

HOSP  
 INGO  
 INST  
 INPS  
 PATO  
 BL  
 VARON  
 PREC  
 ALCO  
 NO  
 AGO  
 AGO  
 34-42  
 5  
 VICA  
 2

HOSP	54.74	92.31	4.43	38	99.99	0.000
INGO	83.89	61.54	3.15	27	11.98	0.000
INST	35.42	87.18	11.19	96	11.34	0.000
INPS	68.18	35.46	2.56	22	8.30	0.000
PATO	21.15	56.41	12.12	104	6.73	0.000
BL	22.64	30.77	6.18	53	4.76	0.000
VARON	6.57	97.44	67.37	578	4.54	0.000
PREC	6.95	74.36	48.60	417	3.18	0.001
ALCO	37.50	7.69	0.93	8	2.64	0.004
NO	3.29	41.03	22.49	193	2.50	0.006
AGO	12.24	15.38	5.71	49	2.07	0.019
AGO	12.24	15.38	5.71	49	2.07	0.019
34-42	9.82	23.08	11.89	102	1.84	0.033
5	9.46	17.95	8.62	74	1.72	0.043
VICA	100.00	2.56	0.12	1	1.69	0.045
2	9.33	17.95	8.74	75	1.69	0.046

CLASSE 9 / 9

8899 20.05 172

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
 TTO  
 CONV  
 TENT  
 SIT  
 AVI  
 ANTE  
 PROB  
 TIEM  
 FMES  
 ASIC  
 MES  
 ESTA  
 TIPODIA  
 MES  
 METO  
 FMES  
 AYU  
 DIA  
 DIST  
 SANI  
 AUT  
 LUG  
 DIST  
 DIST  
 DIST

NC  
 NC  
 NC  
 NC  
 NC  
 NC  
 NC  
 NC  
 FEE  
 NC  
 FEE  
 NC  
 CLA\_3  
 ENE  
 AFUE  
 ENE  
 NC  
 D  
 DTRD  
 DTRD  
 NO  
 YPL  
 TPTU  
 NA  
 NOAUTR

NC	71.04	75.58	21.33	183	17.92	0.000
NC	57.77	84.30	29.25	251	17.13	0.000
NC	51.24	90.12	34.85	299	17.03	0.000
NC	89.00	51.74	11.66	100	16.20	0.000
NC	30.24	96.51	63.99	549	11.16	0.000
NC	29.00	95.43	66.32	569	10.28	0.000
NC	30.16	90.12	59.91	514	9.64	0.000
NC	22.19	100.00	90.33	775	5.83	0.000
FEE	51.61	18.60	7.23	62	5.66	0.000
NC	21.77	100.00	92.07	790	5.18	0.000
FEE	48.33	16.36	6.99	60	5.01	0.000
NC	71.43	5.81	1.63	14	3.95	0.000
CLA_3	29.39	38.95	26.57	228	3.91	0.000
ENE	37.50	17.44	9.32	80	3.70	0.000
AFUE	35.71	17.44	9.79	84	3.43	0.000
ENE	35.06	15.70	8.97	77	3.12	0.001
NC	21.04	98.94	94.17	808	3.10	0.001
D	21.84	21.51	14.45	124	2.73	0.003
DTRD	40.74	6.40	3.15	27	2.33	0.010
DTRD	39.29	6.40	3.26	28	2.21	0.014
NO	24.47	40.12	32.87	282	2.15	0.016
YPL	23.07	18.60	13.29	114	2.12	0.017
TPTU	37.83	6.40	3.33	28	2.09	0.017
NA	24.16	37.79	31.35	269	1.93	0.027
NOAUTR	24.87	37.79	31.47	270	1.89	0.028

C.P.D. 002 - 1375 000 - 1512 BR



CHARACTERISATION PAR LES CONTINUES  
DES CLASSES OU MODALITES DE : COUPURE 'B' DE L'ARBRE EN 9 CLASSES



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

NUM. LIBELLE	VARIABLES CARACTERISTIQUES	IDEN	MOYENNES		ECARTS TYPES		V. TEST	PRJEA
			CLASSE	GENERALE	CLASSE	GENERAL		
	CLASSE 2 / 9	8228	( POIDS = 14.00		EFFECTIF = 14 )			
27.TSECORAN		TSEC	9.457	7.711	2.121	3.097	2.13	0.017
30.TEMPDIF		TEMP	11.193	9.495	2.483	3.450	1.85	0.032
	CLASSE 3 / 9	8E36	( POIDS = 65.00		EFFECTIF = 65 )			
28.TEMPMAX		TEMP	22.203	19.796	8.644	8.513	2.37	0.009
26.TSECOMED		TSEC	17.097	15.098	7.549	7.379	2.27	0.012
30.TEMPDIF		TEMP	10.355	9.495	3.608	3.450	2.09	0.019
29.TEMPMIN		TEMP	11.848	10.301	6.325	6.275	2.07	0.019
27.TSECORAN		TSEC	8.406	7.711	3.222	3.097	1.69	0.030
40.PRESMIN		PRES	939.161	940.717	5.215	6.678	-1.95	0.025
39.PRESMAX		PRES	943.398	944.849	4.544	6.047	-2.01	0.022
	CLASSE 4 / 9	8B48	( POIDS = 14.00		EFFECTIF = 14 )			
35.NU30SPAN		NUPO	3.643	2.358	2.287	2.065	2.35	0.009
	CLASSE 5 / 9	3E58	( POIDS = 179.00		EFFECTIF = 179 )			
26.TSECOMED		TSEC	16.565	15.098	7.447	7.379	2.99	0.001
28.TEMPMAX		TEMP	21.445	19.796	8.715	8.513	2.91	0.002
29.TEMPMIN		TEMP	11.505	10.301	6.268	6.275	2.88	0.002
30.TEMPDIF		TEMP	9.940	9.495	3.822	3.450	1.94	0.026
27.TSECORAN		TSEC	8.053	7.711	3.213	3.097	1.66	0.049
	CLASSE 9 / 9	8B98	( POIDS = 172.00		EFFECTIF = 172 )			
39.PRESMAX		PRES	946.297	944.849	7.306	6.047	3.51	0.000
41.PRESDIF		PRES	4.542	4.111	2.711	2.090	3.02	0.001
40.PRESMIN		PRES	941.755	940.717	8.236	6.678	2.28	0.011
37.FREC4CUA		FREC	25.087	30.041	36.162	41.310	-1.76	0.029
27.TSECORAN		TSEC	7.222	7.711	2.952	3.097	-2.29	0.011
30.TEMPDIF		TEMP	8.764	9.495	3.212	3.450	-3.11	0.001
29.TEMPMIN		TEMP	7.501	10.301	6.121	6.275	-4.20	0.000
28.TEMPMAX		TEMP	17.265	19.796	5.157	5.513	-4.25	0.000
26.TSECOMED		TSEC	12.835	15.098	7.135	7.379	-4.29	0.000

CPD-002 - 1 375 000 - 15/12/80