



Tendencia de mortalidad por suicidio en España. Estudio descriptivo transversal.

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en
Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por María Caterina
Fernández Puente en el curso académico 2016/2017.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Ana Folch Ayora y María Vicenta
Lucas Miralles.

19 de Junio de 2017

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, María Caterina Fernández Puente, con NIF 74393928-Z, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2016/2017:**

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “Tendencia de mortalidad por suicidio en España. Estudio descriptivo transversal.”, tutelado por la profesora Ana Folch Ayora y María Vicenta Lucas Miralles, defendido en lengua española, en el período del 3 de Julio de 2017.

Firmado: María Caterina Fernández Puente

Castellón de la Plana, 19 de Junio de 2017

Crterios	Insuficiente (2,5)	Suficiente (5)	Notable (7,5)	Excelente (10)
El/la estudiante acude a las tutorías presenciales regular y puntualmente.	Acude a menos del 50% de las tutorías pactadas. No justifica ausencias/retrasos.	Acude al menos al 75% de las tutorías pactadas. Justifica retrasos/ausencias el mismo día	Acude a más del 75% de las tutorías pactadas. Justifica ausencias/retrasos previamente.	Acude a 100% de las tutorías puntualmente. No necesita justificar ausencias/retrasos.
El/la estudiante cumple con la planificación pactada con el tutor.	Siempre se retrasa en las entregas de trabajo pactadas con el tutor y no lo justifica.	Realiza las entregas de trabajo pactadas con el tutor el último día. Si se retrasa no lo justifica.	Realiza las entregas de trabajo pactadas con el tutor el último día. Si se retrasa lo justifica.	Realiza las entregas de trabajo con el tutor dentro del plazo pactado. No se retrasa.
El/la estudiante alcanza los objetivos pactados con el tutor en las entregas.	Nunca entrega todo el trabajo pactado.	El estudiante entrega al menos el 50% del trabajo pactado en cada entrega.	El estudiante entrega al menos el 75% del trabajo pactado en cada entrega.	El estudiante entrega todo el trabajo pactado.
El/la estudiante tiene una actitud activa durante el proceso de elaboración del TFG	Nunca pregunta ni sugiere. No acepta ni incorpora las sugerencias del tutor.	Incorpora las sugerencias del tutor, aunque no pregunta ni sugiere.	Incorpora las sugerencias del tutor y pregunta los motivos. Sugiere alternativas	Incorpora las sugerencias del tutor y pregunta los motivos. Sugiere alternativas y las argumenta.
El/la estudiante es capaz de elaborar una pregunta de investigación y darle respuesta a través de la búsqueda bibliográfica.	No es capaz de plantear una pregunta clínica ni de darle respuesta a través de la búsqueda bibliográfica	Elabora preguntas clínicas, pero tiene dificultades para plantear una estrategia de búsqueda y ejecutarla de forma coherente	Elabora preguntas clínicas y la estrategia de búsqueda aunque tiene dificultades para ejecutarla de forma coherente	Elabora preguntas clínicas estructuradas y la estrategia de búsqueda. Ejecuta de forma coherente con los objetivos de su TFG

El/la estudiante establece objetivos y metodología adecuada en función de las características de su TFG	No es capaz de establecer unos objetivos y metodología adecuados a las características de su TFG. No solicita el apoyo del tutor ni considera sus sugerencias.	No es capaz de establecer unos objetivos o metodología adecuados a su TFG, aunque solicita el apoyo del tutor para conseguirlo.	Es capaz de establecer objetivos y metodología adecuados a las características del TFG, aunque requiere el apoyo del tutor para alcanzar una coherencia.	Establece objetivos y metodología adecuados a las características de su TFG y estos son coherentes. Requiere escasa ayuda del tutor.
El/la estudiante es capaz de organizar la información obtenida de forma coherente.	No es capaz de organizar la información obtenida, ni pregunta al tutor sobre posibles estrategias.	No es capaz de organizar la información pero busca recursos para lograrlo	Demuestra capacidades para organizar la información obtenida y se deja aconsejar por el tutor.	Antes de obtener la información plantea al tutor la estrategia para organizarla y ésta se adecua a las características del TFG.
El/la estudiante es capaz de sintetizar los resultados más relevantes obtenidos y compararlos con la literatura reciente	No es capaz de sintetizar los resultados relevantes ni de compararlos. No solicita la ayuda del tutor ni considera sus sugerencias.	Sintetiza los resultados más relevantes, pero solicita la ayuda del tutor para compararlos con la literatura reciente.	Sintetiza los resultados relevantes y los compara con la literatura, aunque con aportaciones del tutor.	Sintetiza los resultados relevantes y los compara con la literatura y aporta aspectos de mejora del trabajo realizado.
Observaciones:			Calificación**:	

**El tribunal puede anotar aquellas observaciones que considere oportunas.

*Sumar la puntuación de cada criterio y dividir por el número total de criterios; esta calificación supone un 50% de la nota final del TFG

Agradecimientos.

Después de estos 4 años de trabajo y esfuerzo para por fin cumplir uno de mis sueños, llega el final de la carrera, ese momento que nunca crees que va a llegar hasta que te enfrentas al trabajo de fin de grado y lo ves venir de frente, asumiendo que ya eres enfermera. Es difícil agradecer a todas las personas que han hecho posible que yo consiga acabar este grado, ya que todas me han aportado su granito de arena a lo largo de este tiempo, dándome la energía que necesitaba en cada momento.

Empezaré con la persona que más me ha apoyado en la vida y que sin su fuerza y confianza en mí, no podría haber terminado esta carrera, mi madre. Gracias por cada palabra que me dedicas, ya que solo tú haces que crea que puedo conseguir lo que me proponga cada día al levantarme.

A mis hermanos, muchísimas gracias a todos por estar a mi lado siempre y conseguir darme fuerza y ánimo a pesar de la distancia.

A mis tutoras, Ana y Mariví, por vuestra dedicación a lo largo de todo mi trabajo. Ya que a pesar de las dificultades que hemos tenido por la distancia, siempre habéis estado disponibles para solucionar todas mis dudas y motivarme en cada tutoría.

Y por último a mis amigas y amigos, que me han tranquilizado mucho en los momentos de estrés y agobio y siempre están ahí para darte una mano y apoyarte cuando estás en un mal momento.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

AVP: Años de Vida Perdidos

ONG: Organización No Gubernamental

NSSP: Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio

UE: Unión Europea

INE: Instituto Nacional de Estadística

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CMD: Certificado Médico de Defunción

BED: Boletín Estadístico de Defunción

BEDJ: Boletín Estadístico de Defunción Judicial

BEP: Boletín estadístico del Parto

CSIC: Centro Superior de Investigación Científica.

Índice

Índice de gráficos y tablas.....	IX
Resumen/Abstract.....	1
1. Introducción.....	3
1.1. Definición del suicidio.....	3
1.2. Tipos de suicidio.....	3
1.3. Factores de riesgo y protectores del suicidio.....	4
1.4. Prevención del suicidio.....	5
1.5. Datos epidemiológicos.....	7
2. Objetivos.....	8
3. Metodología.....	8
3.1. Diseño o tipo de estudio.....	8
3.2. Ámbito.....	8
3.3. Descripción de la población.....	8
3.3.1. Criterios de inclusión.....	9
3.3.2. Criterios de exclusión.....	10
3.4. Variables utilizadas.....	11
3.5. Instrumentos utilizados.....	12
3.6. Análisis estadísticos.....	13
3.7. Consideraciones éticas.....	14
4. Resultados.....	14
4.1. Evolución del suicidio en España.....	14
4.1.1. Evolución del suicidio en España según temporalidad.....	14

4.1.2. Evolución del suicidio en España según sexo.....	15
4.1.3. Evolución del suicidio en España según edad.....	15
4.2. Evolución del suicidio en España según el método utilizado.....	16
4.2.1. Evolución del suicidio según sexo y método utilizado.....	16
4.2. 2. Evolución del suicidio según edad y método utilizado.....	18
5. Discusión.....	28
6. Conclusiones.....	32
7. Limitaciones.....	33
8. Referencias bibliográficas.....	34
9. Anexos.....	37
Anexo 1. Modelo de Salud Pública.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Muertes por suicidio según temporalidad (2005- 2015).....	14
Gráfico 2. Muertes por suicidio según sexo.....	15
Gráfico 3. Muertes por suicidio según edad.....	16

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Muertes por suicidio según método utilizado (hombres).....	17
Tabla 2. Muertes por suicidio según método utilizado (mujeres).....	18
Tabla 3. Muertes por suicidio según método utilizado en menores de 15 años.....	19
Tabla 4. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 15 a 29 años.....	20
Tabla 5. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 30 a 39 años.....	21
Tabla 6. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 40 a 49 años.....	22
Tabla 7. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 50 a 59 años.....	23
Tabla 8. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 60 a 69 años.....	24
Tabla 9. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 70 a 79 años.....	25

Tabla 10. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 80 a 89 años.....26

Tabla 11. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 90 o más años.....27

Resumen.

Introducción: El suicidio se considera uno de los principales problemas de salud pública mundial. Por ese motivo, la OMS considera prioritario actuar frente a los factores de riesgo que producen los distintos grados de suicidio existentes, estableciendo las medidas de prevención pertinentes para disminuir el número de muertes por esta causa en el futuro.

Objetivos: El objetivo principal es analizar la evolución de las muertes producidas por suicidio, en el territorio español y por método empleado en el periodo comprendido de 2005 a 2015.

Metodología: Estudio descriptivo observacional de corte transversal, mediante los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondientes al número de suicidios en España desde 2005 a 2015 a partir de variables de sexo, edad y método de suicidio empleado. Cálculos de medidas de tendencia central y representación de datos mediante tablas y gráficos para su interpretación.

Resultados: En España se producen 3269,36 muertes por suicidio anualmente, existiendo un aumento considerable desde el 2010 y siendo el 2014 (n=3910) el año de mayor prevalencia. Respecto al sexo, los hombres (n=2640,27) se suicidan tres veces más que las mujeres (n=819,09). Si atendemos a la edad, las mayores tasas de suicidio se dan en los adultos de 40 a 49 años (n=669,54). Los métodos más empleados en nuestro país son el ahorcamiento y la precipitación desde lugares elevados, siendo el primero más empleado en hombres (n=1446) y el segundo en mujeres (n=279,63).

Conclusiones: Al considerarse el suicidio como un suceso evitable, es necesario crear medidas que eviten el acceso a los medios más empleados para cometer el suicidio, creando planes de prevención que se ajusten a los factores de riesgo, el sexo o la edad de la población.

Palabras clave: Suicidio, Prevalencia, Epidemiología, Métodos

Abstract.

Background: Suicide is considered to be one of the major global public health problems. For this reason, WHO considers it as a priority to take action against the risk factors that produce the different degrees of suicide, establishing the relevant prevention measures to reduce the number of deaths due to this in the future.

Objectives: The main objective is to analyze the evolution of deaths caused by suicide, and by method used in the Spanish territory, in the period from 2005 to 2015.

Methods: Cross-sectional, observational descriptive study using data from the National Institute of Statistics (INE) corresponding to the number of suicides in Spain from 2005 to 2015 based on sex, age and suicide method variables. Calculations of measures of central tendency and representation of data by tables and graphs for their interpretation.

Results: In Spain, there are 3269,36 deaths from suicide annually, with a considerable increase since 2010 and been 2014 (n = 3910) the year of greatest prevalence. Regarding sex, men (n = 2640,27) commit suicide three times more than women (n = 819,09). If we look at the age, the highest suicide rates occur in adults aged 40 to 49 years (n = 669,54). The most commonly used methods in our country are hanging and precipitation from high places, the first being the most used in men (n = 1446) and the second in women (n = 279,63).

Conclusions: Considering suicide as an avoidable event, it is necessary to create measures that prevent access to the most used methods to commit suicide, creating prevention plans that fit the risk factors, sex or age of the population.

Keywords: Suicide, Prevalence, Epidemiology, Methods

1. Introducción.

1.1. Definición del suicidio

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (1).

Actualmente el suicidio es una de las principales causas de muerte prevenibles en todo el mundo, por lo que se considera un importante problema de salud pública. La magnitud e impacto epidemiológico y social del suicidio comporta no solo la mortalidad por suicidio consumado sino los demás fenómenos que incluye la conducta suicida en general, así como las consecuencias que todo ello tiene en la calidad de vida de la población (2).

1.2. Tipos de suicidio

La conducta suicida engloba varios fenómenos diferentes. La distinción de cada uno de ellos es muy importante a la hora de determinar su impacto global. Estableciendo la división y definición de los distintos tipos de suicidios, los más relevantes son, la ideación suicida, la comunicación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado (1). Entendiendo cada uno de ellos como:

- La ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- La comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Es el punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida.
- El intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida sin resultado fatal, para la que existe evidencia, explícita o implícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.
- Suicidio consumado: muerte autoinfligida con evidencia explícita o implícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

Por otro lado, la repetición es un foco central de investigación en la conducta suicida, ya que hay estudios que demuestran que alrededor del 30% de las tentativas de suicidio realizan una

repetición de ésta al año siguiente, y hasta el 10% de los que intentaron suicidarse, posteriormente mueren por suicidio (3).

1.3. Factores de riesgo y protectores del suicidio

A pesar de que la etiología del suicidio tanto en adolescentes como en adultos se considera compleja y multidimensional, hay ciertos factores personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos o ambientales que pueden considerarse de riesgo, siendo de carácter acumulativo a la hora de tomar la decisión final.

Distintos autores estiman que el 43% de la conducta suicida se explica por la carga genética y el 57% restante por factores ambientales (4). A partir de esta división, se describen los factores de riesgo de la siguiente manera (1):

- Factores propios del individuo: se atribuyen a factores genéticos y biológicos, intento de suicidio anterior, trastorno mental, consumo nocivo de alcohol, pérdida de trabajo o de nivel adquisitivo, desesperanza, dolor crónico o antecedentes familiares de suicidio. La herencia en la conducta suicida parece estar determinada por dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad (4).
- Sistemas de salud: barreras para obtener acceso a la atención de salud.
- Sociedad: acceso a medios para suicidarse y miedo asociado a buscar ayuda por el estigma existente en la actualidad hacia el suicidio.
- Comunidad: desastres, guerras y conflictos, estrés por desplazamientos y aculturación, discriminación, traumas o abusos.
- Relaciones: sentido de aislamiento y falta de apoyo social, conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas.

En el caso de los intentos de suicidio distinguiendo por sexos, además de factores comunes como la enfermedad mental, hay otros como un nivel económico bajo o fumar, que se asocian más a los hombres, mientras que en el caso de las mujeres se asocian a factores como un peor concepto de salud percibida o un peor nivel educativo (4).

Aunque la tasa de suicidio aumenta con la edad, los jóvenes y adolescentes constituyen un grupo de riesgo importante. En el grupo de jóvenes, una de las causas más frecuentes de la conducta suicida es la existencia de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente trastornos afectivos, consumo de sustancias y trastornos de la conducta. Así mismo, el riesgo de suicidio parece ser el doble para los sujetos jóvenes con niveles socioeconómicos bajos, cinco veces mayor para aquellos que han abandonado la escuela, y cerca de ocho veces mayor para aquellos sin estudios universitarios. Así pues, situaciones traumáticas como la separación de los padres y el maltrato físico o abusos sexuales están relacionados con un mayor número de suicidios en jóvenes y adolescentes (5).

Además de los factores de riesgo, es importante tener en cuenta los factores protectores a la hora de evaluar y prevenir el riesgo de suicidio en una población. Estos se dividen en dos grupos (4):

- Factores propios del individuo: las actitudes y valores en contra del suicidio, el concepto del valor de la propia vida, las habilidades sociales, el manejo de la ira, la capacidad de resolución de problemas, el cuidado, la búsqueda de la salud mental y somática, el temor al dolor, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia.
- Factores ambientales: la existencia de una red social y familiar adecuada con responsabilidades para los demás, la participación social, la accesibilidad a los servicios de salud, un ambiente estable y con apoyo, existencia de restricciones a la hora de adquirir armas o medicamentos potencialmente letales, convivencia en pareja y presencia de hijos.

1.4. Prevención del suicidio

Como la mayoría de problemas de salud, las conductas suicidas no son sucesos aleatorios, sino que suelen estar sujetos a determinantes que se conocen parcialmente, por tanto se pueden considerar prevenibles. Actualmente el suicidio ha superado los accidentes automovilísticos como la principal causa de mortalidad por lesiones no naturales en todos los grupos de edad, por lo tanto, la prevención del suicidio es una prioridad internacional (6).

En mayo del 2013, la OMS adoptó oficialmente el primer plan de acción sobre la salud mental de la historia, en el que insta a todos los estados a que demuestren su máximo compromiso alcanzando metas específicas. La prevención del suicidio es un componente integral de este plan de acción, y su meta es reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidios en todos los países del mundo (7).

En este sentido, los datos de la OMS sitúan al suicidio como una de las principales causas de años de vida perdidos (AVP) (2) e incorpora la prevención del suicidio dentro de las cinco áreas de actuación prioritaria a nivel internacional. Mejorar el uso de los datos para la vigilancia, la investigación y la evaluación de los factores de riesgo del suicidio es uno de los objetivos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio (NSSP) propuesta en el año 2012 (8).

Las actividades de prevención de suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, públicos y privados, incluidos el de la salud y otros, como el de educación, trabajo, o justicia. Estos esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos, porque ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como el suicidio.

La elaboración de una respuesta nacional de un país para establecer medidas de prevención del suicidio es una ocasión para reunir a diversos interesados directos en este tema. Se trata de una convergencia entre el gobierno, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), el sector de la salud, y otros sectores que pueden contribuir a estrategias nacionales a largo plazo específicas para el país, que siguen el modelo de salud pública (ANEXO 1).

La OMS propone que se podrían prever objetivos nacionales de prevención del suicidio con miras a lo siguiente (7):

- Mejorar la vigilancia y la investigación.
- Identificar a los grupos vulnerables y dirigirse a ellos.
- Mejorar la evaluación y el manejo del comportamiento suicida.
- Promover factores ambientales e individuales protectores.
- Promover el conocimiento mediante la educación pública.

- Mejorar las actitudes sociales, las creencias y eliminar el estigma hacia las personas con trastornos mentales o que presentan comportamientos suicidas.
- Reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse.
- Alentar a los medios de difusión para que adopten mejores normas y prácticas de información sobre suicidios.
- Brindar apoyo a los familiares de quienes se hayan suicidado.

1.5. Datos epidemiológicos

Los datos de OMS muestran una media de 804.000 suicidios anuales en todo el mundo y lo sitúan como la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes de entre 15 y 44 años (4). Los números difieren según los países, pero los de ingresos bajos y medianos sobrellevan la mayor parte de la carga mundial de suicidio, ya que en ellos se registra un 75% del total de estos casos (7).

En España concretamente, se suicidan anualmente 3469,36 personas, es decir, una media de 9,5 muertes al día, siendo los hombres más del triple que las mujeres. A diferencia de los demás estados de la Unión Europea (UE), se presenta una evolución de la mortalidad por suicidio en los últimos años no homogénea en cuanto a sexo y edad. A finales del siglo XX, mostró un aumento significativo de suicidios en hombres y una disminución en las mujeres, pero en ambos sexos, la mortalidad tendió a crecer entre las personas más jóvenes y en edad de trabajar y a disminuir en las de edad avanzada. A pesar de ello, comenzando el siglo XXI, la mortalidad por suicidios en España continua siendo una de las más bajas de la UE, solo superior a las registradas en Grecia, Chipre e Italia (6).

Analizando los datos por Comunidades Autónomas, las que presentan mayores tasas por cada 100.000 habitantes son Asturias y Galicia, mientras que Madrid y Melilla presentan las cifras más bajas (1).

Atendiendo a todo lo expuesto anteriormente, la justificación de este trabajo se basa varios aspectos relacionados con los datos presentados; en primer lugar las cifras tan elevadas que presenta actualmente el suicidio en nuestro país, situado como la primera causa de muerte no natural desde 2008, por encima de los accidentes de tráfico (1). En segundo lugar, en el escaso

manejo en habilidades interpersonales que presenta el personal sanitario frente a este tipo de pacientes, ya que los profesionales con frecuencia adoptan una actitud negativa y muchos prejuicios y no actúan de manera correcta (9). Y finalmente, el impacto que un suicidio genera en los familiares y la gente de su entorno, ya que es una fuerte pérdida y produce unos sentimientos que deberían tratarse para conseguir un buen proceso de duelo y evitar posibles repercusiones negativas sobre su salud mental (10).

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Analizar la evolución de las muertes producidas por suicidio, en el territorio español y por método empleado en el periodo comprendido de 2005 a 2015.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar y comparar rasgos y tendencias en la mortalidad por suicidio en el territorio Español según sexo y edad.
- Identificar y comparar rasgos y tendencias en la mortalidad por suicidio según el método empleado según sexo y edad.

3. Metodología

3.1. Diseño o tipo de estudio

Estudio descriptivo observacional de corte transversal sobre la evolución del suicidio en la población española desde 2005 a 2015, estudiado en la población total y por el método empleado para producir la muerte por suicidio.

3.2. Ámbito

Se seleccionaron los datos reportados en el Instituto Nacional de Estadística (INE) del ámbito nacional y autonómico, de todas las defunciones por suicidio cometidas en el territorio español, catalogadas con el CIE como lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84).

3.3. Descripción de la población

Población constatada como fallecida por el INE, datos obtenidos del Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción (CMD/BED), Boletín Estadístico de Defunción Judicial (BEDJ) y Boletín estadístico del Parto (BEP), del periodo comprendido desde 2005 a

2015 y que cuya causa de muerte fuera atribuida a los diagnósticos de Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE10), con el diagnóstico CIE de lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84).

3.3.1. Criterios de inclusión

- Sexo femenino y masculino.

- Todas las edades incluidas en la base de datos del INE.

- Métodos de suicidio especificados en el CIE10 (X60-X84) que superan las 10 muertes al año:

X61. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

X63. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.

X67. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a otros gases y vapores.

X70. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

X71. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

X72. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

X73. Lesión autoinfligida intencionalmente por rifle, escopeta o arma larga.

X78. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

X80. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar de un lugar elevado.

X81. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento.

X82. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

3.3.2. Criterios de excusión

- Resto de defunciones no producidas por suicidio.
- Todos los intentos de suicidio que no causaron defunción.
- Todas las personas de nacionalidad española cuyo suicidio se produjo en el extranjero.
- Todos los suicidios anteriores y posteriores al periodo señalado.
- Se excluyeron todos los métodos de suicidio que no tuvieron una media de frecuencia de uso anual de más de 10:

X60. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.

X62. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte.

X64. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos o sustancias biológicas, y los no especificados.

X65. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a alcohol.

X66. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.

X68. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por plaguicidas.

X69. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados.

X74. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas.

X75. Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo.

X76. Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas.

X77. Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, otros vapores y objetos calientes.

X79. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo.

X83. Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados.

X84. Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados.

3.4. Variables utilizadas

En base a los objetivos del estudio, las variables se han estructurado del siguiente modo:

Total de defunciones por suicidio en el territorio español desde 2005 a 2015:

- Según sexo (hombre/mujer).
- Según edad (menos de 15; 15-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80-89; 90 o más).

Los rangos de edad corresponden a los intervalos ofrecidos por el INE.

Total de defunciones por suicidio en el territorio español según método empleado desde 2005 a 2015, los métodos escogidos son los siguientes:

X61. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

X64. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos o sustancias biológicas, y los no especificados.

X67. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a otros a gases y vapores.

X70. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

X71. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

X72. Lesión autoinfligida intencionalmente por arma corta.

X73. Lesión autoinfligida intencionalmente por rifle, escopeta o arma larga.

X78. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

X80. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar de un lugar elevado.

X81. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse a objeto en movimiento.

X82. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

- Según sexo (hombre/mujer).
- Según edad (menos de 15; 15-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80-89; 90 o más).

Los rangos de edad corresponden a los intervalos ofrecidos por el INE.

3.5. Instrumentos utilizados

La herramienta utilizada fue la Sede del Instituto Nacional de Estadística (INE), organismo encargado de la coordinación general de los servicios estadísticos de la Administración General del Estado.

La búsqueda se realizó a través del portal informático en la sección destinada a Sociedad, con un subapartado destinado a salud y en enlace a “Estadística de defunciones según causa de muerte”, “Defunciones por suicidios”, “Suicidios. Resultados nacionales”.

Para la búsqueda nacional, se incluyeron ambos sexos y todas las edades, seleccionando los 16 intervalos de edad que ofrece el INE y posteriormente modificando mediante una suma sencilla los intervalos que aparecían de 5 en 5 años para conseguirlos de 10 en 10 y adaptarse mejor al trabajo.

Para la búsqueda del método empleado, se incluyeron los métodos catalogados por el CIE 10 que incluía el INE que más prevalencia tenían en España, seleccionando finalmente 11:

X61. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

X64. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos o sustancias biológicas, y los no especificados.

X67. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a otros a gases y vapores.

X70. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

X71. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

X72. Lesión autoinfligida intencionalmente por arma corta.

X73. Lesión autoinfligida intencionalmente por rifle, escopeta o arma larga.

X78. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

X80. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar de un lugar elevado.

X81. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse a objeto en movimiento.

X82. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

3.6. Análisis estadísticos

Para el análisis estadístico se han utilizado los valores absolutos presentes en la base de datos del INE. Con el uso del paquete informático de Excel en su versión de Microsoft Office. Para el análisis de los datos, se han calculado medias totales de todas las variables estudiadas y se han construido tablas y gráficos para la mejor interpretación de los datos.

3.7. Consideraciones éticas

El estudio cumple con los principios bioéticos de las investigaciones en ciencias de la salud por el carácter anónimo de la información que brinda el INE. La entidad adopta las medidas lógicas, físicas y administrativas necesarias para que la protección de los datos sea confidencial, desde la recogida de datos hasta su publicación.

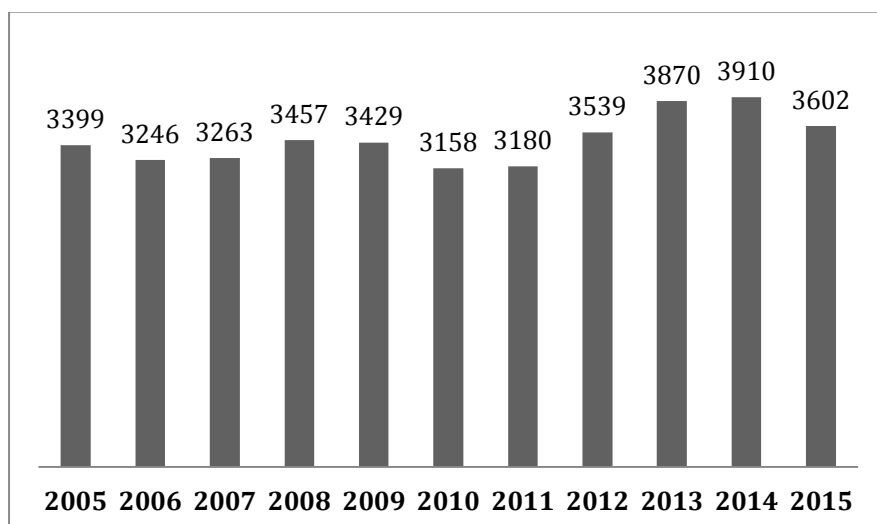
4. Resultados

4.1. Evolución de los suicidios en España

4.1.1 Evolución de los suicidios en España según temporalidad

En España se producen 3469,36 muertes por suicidio anualmente, siendo los años que mayor número de suicidios presentaron en el periodo de estudio, los años 2013 (n=3870) y 2014 (n=3910). Y los que menor número de fallecimientos registraron fueron 2010 (n=3158) y 2011 (n=3180). Ver en gráfico 1.

Gráfico 1. Muertes por suicidio según temporalidad (2005-2015). Fuente: Elaboración propia.

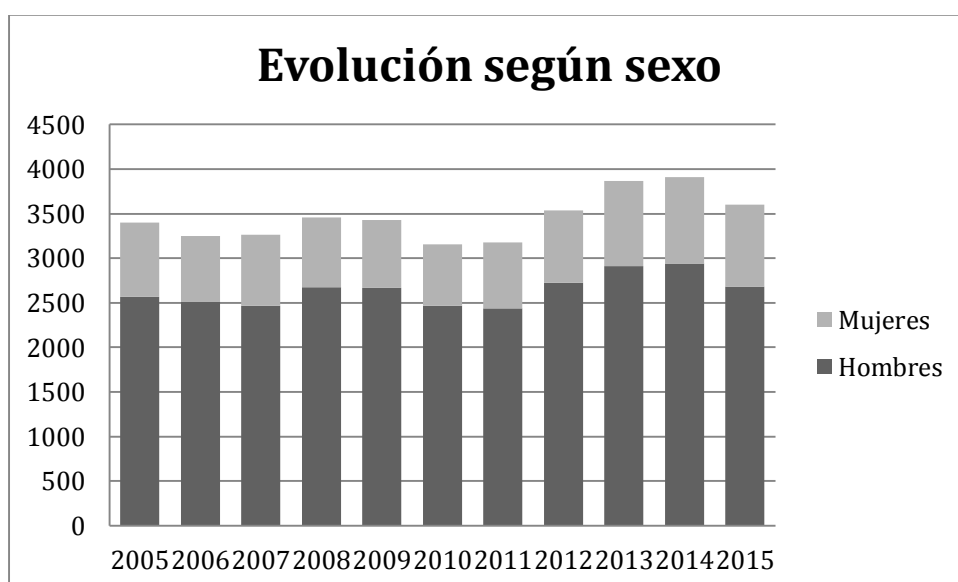


4.1.2. Evolución de los suicidios en España según sexo

Si atendemos al sexo, la media de suicidios anuales en hombres fue de 2640,27 muertes, siendo los años que mayor número de muertes se registraron según el periodo estudiado, los años 2014 (n=2938) y 2013 (2911) y los años que menores cifras registraron fueron el 2011 (n=2435) seguido del 2007 (n=2463).

En cuanto a las mujeres, su media anual de suicidios fue de 819,09 muertes, siendo los años 2014 (n=972) y 2013 (n=959) los más prevalentes y 2010 (n=690) y al 2006 (n=734) los que menores cifras registraron. Ver en gráfico 2.

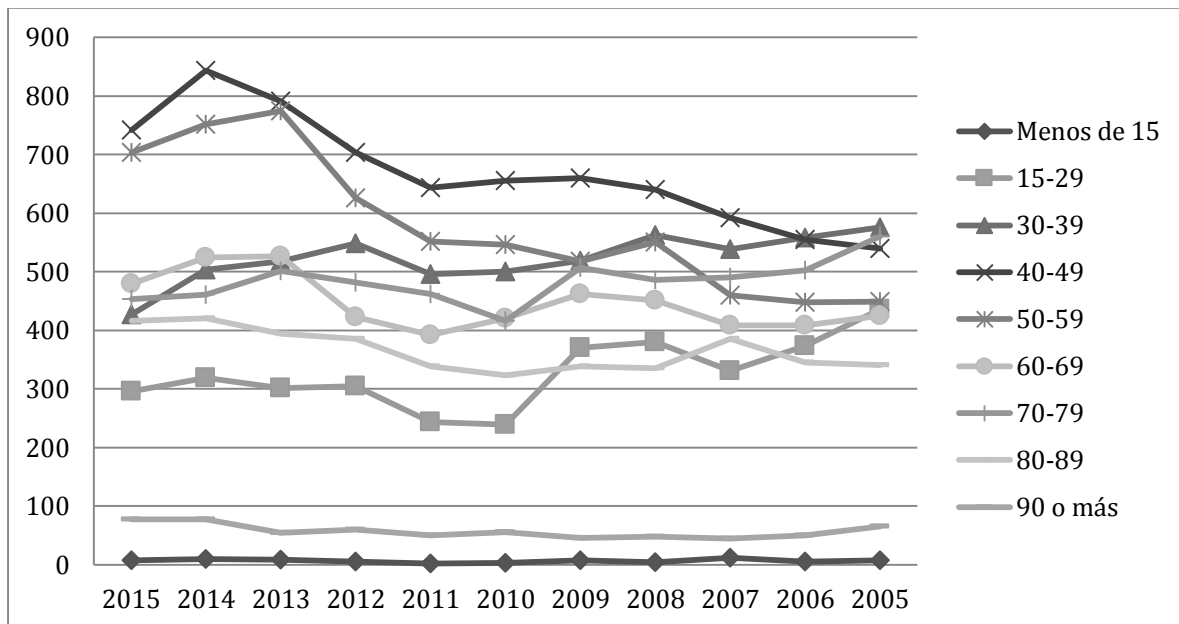
Gráfico 2. Muertes por suicidio según sexo. Fuente: Elaboración propia.



4.1.3. Evolución de los suicidios en España según edad

Si atendemos a la variable edad, teniendo en cuenta los suicidios en ambos sexos, los intervalos que mayor número de muertes presentan son el de 40-49 años, con una media anual de 669,54 fallecidos, seguido del intervalo de 50-59 cuya media de fallecidos al año es de 579,81. Por otro lado, los intervalos de años con menor prevalencia de suicidios corresponden a los extremos, los menores de 15 años con una media de 6,63 muertes anuales y los mayores de 90 cuya media anual corresponde a 57,18 suicidios. Ver en gráfico 3.

Gráfico 3. Muertes por suicidio según edad (ambos sexos). Fuente: Elaboración propia.



4.2. Evolución del suicidio en España según el método utilizado

4.2.1 Evolución del suicidio según sexo y método utilizado

a) Hombres

En cuanto al método utilizado en los hombres españoles, hay dos métodos que destacan por encima de los demás. En primer lugar, la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 1446 suicidios al año y el pico situado en el 2014 (n=1603). En segundo lugar se encuentra, la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado” cuya media es de 484,90 y su mayor prevalencia en el año 2014 (n=608).

Por otro lado, los métodos menos escogidos para quitarse la vida los hombres de nuestro país son la “Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor” con una media de 12,72 muertes anuales, y en segundo lugar el “Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas” con una media de 16,45 fallecidos al año. Ver en Tabla 1.

Tabla 1. Muertes por suicidio según método utilizado (hombres). Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	31	29	14	15	14	18	18	13	13	7	9
2*	91	127	106	100	77	103	82	82	86	73	63
3*	30	35	40	41	32	27	35	46	41	48	60
4*	1421	1603	1561	1506	1378	1372	1501	1476	1342	1356	1390
5*	62	58	94	64	78	71	82	85	88	91	91
6*	39	26	26	19	18	23	18	23	19	18	14
7*	71	43	44	36	36	31	57	48	38	59	53
8*	60	61	69	60	66	60	56	77	40	45	52
9*	526	608	599	524	414	433	452	451	425	456	446
10*	33	43	51	59	51	55	72	81	69	74	84
11*	32	32	7	9	6	8	10	7	15	6	8

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

b) Mujeres

En cuanto a las mujeres españolas, el método que más utilizan para quitarse la vida es la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado” con una media de 279,63 muertes anuales y siendo el 2013 el año con mayor número de suicidios (n=352). En segundo lugar se encontraría la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 251,72 muertes al año y cuya cifra más alta se sitúa en el 2014 (n=307).

En contraposición, los medios menos empleados por el sexo femenino en nuestro país serían los disparos con armas de fuego. En primer lugar los de arma corta con una media de 0,90 muertes anuales y en segundo lugar los de arma larga con una media de 1,18 fallecidas al año. Ver en Tabla 2.

Tabla 2. Muertes por suicidio según método utilizado (mujeres). Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	29	19	23	18	21	15	13	12	13	13	8
2*	108	112	108	77	65	78	71	67	72	45	51
3*	7	7	11	7	5	5	4	6	3	5	5
4*	243	307	282	261	235	218	239	247	258	229	250
5*	57	58	61	50	49	32	46	56	52	46	46
6*	2	3	0	1	0	1	0	1	1	0	1
7*	1	0	1	1	2	1	1	2	2	2	0
8*	20	20	17	13	15	15	12	12	9	16	12
9*	316	329	352	272	241	224	257	254	271	242	318
10*	15	11	13	16	17	10	23	20	25	30	19
11*	9	12	2	2	1	1	2	1	0	4	6

***1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.**

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

4.2.2 Evolución del suicidio según edad y método utilizado

a) Menos de 15 años

En referencia a los suicidios de los jóvenes menores de 15 años el método más prevalente es la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 3,72 muertes anuales y cuyo pico más alto se presenta en el 2007 (n=8). Ver en Tabla 3.

Tabla 3. Muertes por suicidio según método utilizado en menores de 15 años. Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3*	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4*	3	3	6	3	1	1	4	4	8	5	3
5*	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
6*	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
7*	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
8*	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
9*	4	5	1	2	0	2	3	0	0	0	2
10*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

b) De 15 a 29 años

En este intervalo de edad permanece en primer lugar como método más utilizado para el suicidio la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 152 suicidios anuales. Su cifra más alta se sitúa en el 2009

(n=185) y la más baja en el 2010 (n=95). En segundo lugar aparece la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado” con una media de 92,9 muertes al año. En este caso es el 2005 el año en el que más suicidios se producen con este método (n=134) y el 2010 el que menos (n=68). Siendo el “Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas” el menos utilizado en esta población con una media de 1,45 suicidios anuales. Ver en Tabla 4.

Tabla 4. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 15 a 29 años.

Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	5	0	1	0	1	3	4	0	1	0	1
2*	5	9	12	14	10	15	16	7	11	13	12
3*	7	4	6	3	2	8	6	7	3	4	9
4*	145	144	138	150	113	95	185	182	154	176	191
5*	4	3	6	7	8	2	8	7	6	7	1
6*	1	3	2	2	1	1	4	2	2	1	4
7*	6	4	2	4	3	1	5	4	7	10	8
8*	1	4	3	2	5	5	4	7	0	5	5
9*	82	109	92	83	70	68	93	93	93	105	134
10*	12	7	6	6	6	10	11	22	12	19	21
11*	6	7	3	3	2	2	3	0	3	1	1

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

c) De 30 a 39 años

La población incluida en este rango de edad presenta como métodos más utilizados: en primer lugar la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 252,3 suicidios anuales. Es el 2008 el año que más muertes produjo este tipo de suicidios (n=277), y el 2015 el que menos (n=196). En segundo lugar se encuentra la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado”, con una media de 119,2 muertes al año. Siendo su año de mayor prevalencia el 2013 (n=148) y el de menor prevalencia el 2011 (n=105). El método menos utilizado por este intervalo de edad es la “Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor” con una media de 3,18 suicidios anuales. Ver en Tabla 5.

Tabla 5. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 30 a 39 años. Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	10	8	7	5	6	3	6	4	7	3	7
2*	28	41	28	28	15	43	29	43	44	26	30
3*	10	6	7	9	8	4	6	14	13	17	23
4*	196	258	235	270	272	216	268	277	253	257	273
5*	4	4	9	12	12	6	5	11	7	6	13
6*	3	2	8	4	2	8	4	4	4	3	3
7*	7	4	6	8	2	4	11	7	9	8	12
8*	7	8	7	10	7	12	8	12	5	7	7
9*	107	118	148	127	105	116	110	108	116	138	118
10*	6	10	11	15	12	17	20	17	14	20	23
11*	7	7	1	4	2	2	3	3	2	1	3

***1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.**

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

***Los datos se muestran en valores absolutos**

d) De 40 a 49 años

En cuanto al intervalo de edad de los 40 a los 49 años, el método más empleado fue la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 321,9 muertes anuales, cuyo pico más alto se sitúa en el 2014 (n=390) y su registro más bajo fue en el 2006 (n=242). Seguidamente el método de la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado” con 129 suicidios de media anuales, cuya cifra más elevada aparece en el 2014 (n=180) y el año con menor incidencia fue el 2007 (n=95=). Por otra parte, se aprecia un aumento significativo respecto a las edades anteriores, de suicidios producidos por el “Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas y los no especificados”. Ver en Tabla 6.

Tabla 6. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 40 a 49 años.

Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	18	21	9	10	8	12	10	8	8	11	4
2*	58	70	68	59	55	56	54	52	43	38	27
3*	7	17	19	14	11	5	13	17	18	15	12
4*	348	390	367	352	313	353	330	313	277	242	256
5*	14	24	22	13	17	16	12	9	20	12	15
6*	7	10	4	4	6	7	1	5	4	6	2
7*	9	7	11	6	9	7	9	9	6	18	9
8*	18	18	25	19	20	19	15	18	14	11	6
9*	167	180	168	131	116	102	115	118	95	115	113
10*	10	10	16	16	10	8	17	18	21	16	16
11*	7	9	2	2	1	0	2	0	2	2	1

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

e) De 50 a 59 años

En la población de 50 a 59 años, se mantienen en primer lugar los suicidios producidos por la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” y en segundo lugar los producidos por la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado”, con medias de 284,9 y 105 respectivamente. En contraposición, el menos utilizado es la “Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor” con una media de 3 muertes anuales. Ver en Tabla 7.

Tabla 7. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 50 a 59 años.

Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	15	9	7	9	13	8	6	5	4	1	3
2*	51	69	57	39	31	32	27	21	38	22	20
3*	7	7	13	13	9	12	3	7	3	8	14
4*	308	391	393	301	289	262	266	262	234	218	210
5*	16	11	25	12	15	14	24	21	12	25	11
6*	11	6	6	5	2	3	3	5	3	4	3
7*	22	10	11	9	8	6	9	9	9	14	10
8*	22	18	18	16	11	19	9	24	6	6	11
9*	144	130	140	128	89	99	81	110	78	64	92
10*	10	10	9	15	11	14	17	16	13	18	15
11*	7	6	5	2	1	2	2	2	1	2	3

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiépilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

f) De 60 a 69 años

Respecto a esta población, se mantienen en primer lugar los suicidios producidos por la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” y en segundo lugar los producidos por la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado”, con medias de 218,9 y 92,45 respectivamente. Por el contrario, el método menos utilizado es la “Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor” con una media de 2,45 muertes anuales. Ver en Tabla 8.

Tabla 8. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 60 a 69 años.

Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	7	7	7	5	2	5	2	5	3	3	0
2*	36	28	31	16	16	24	17	15	13	10	5
3*	3	2	1	4	5	2	4	5	3	3	2
4*	223	250	233	213	180	219	227	224	206	214	219
5*	18	16	30	24	23	24	19	33	24	22	28
6*	8	4	5	3	3	1	4	6	2	1	2
7*	14	10	7	6	6	7	5	12	5	5	6
8*	14	13	12	4	10	8	11	8	5	6	12
9*	88	125	128	92	84	81	103	75	84	72	85
10*	3	7	12	6	11	8	12	11	14	18	10
11*	6	8	0	0	0	2	2	2	3	2	2

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

g) De 70 a 79 años

Esta población presenta resultados similares a los anteriores, siendo el principal método utilizado la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 245,2 suicidios al año, siendo el 2005 el año de mayor prevalencia (n=283) y el 2015 el de menor (n=205). Seguido de la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado” presentando 109,3 muertes anuales.. Por otro lado, el método menos utilizado por este intervalo de edad es la “Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor” con 1,45 muertes al año. Ver en Tabla 9.

Tabla 9. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 70 a 79 años.

Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	6	1	6	2	0	0	2	0	3	2	1
2*	16	19	11	13	10	5	6	10	4	5	16
3*	3	2	3	3	2	0	6	2	1	4	4
4*	205	220	250	241	225	234	264	259	252	264	283
5*	28	31	24	26	27	25	42	32	37	36	37
6*	5	1	1	2	3	3	2	2	0	0	0
7*	11	2	5	1	5	5	15	5	2	4	6
8*	11	9	13	9	17	8	11	16	9	17	13
9*	109	116	135	121	112	83	93	102	114	104	113
10*	3	5	3	8	13	4	12	8	12	8	13
11*	3	4	0	0	1	0	0	1	3	1	3

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

h) De 80 a 89 años

En este intervalo de edad continua como método más empleado la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” con una media de 191,63 suicidios anuales, siendo el 2014 el año que más muertes produjo (n=222) y el 2009 el que menos (n=173). En segundo lugar se mantiene la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado” produciéndose 96,63 muertes anuales. A partir de este intervalo, resalta como tercer método más usado en tercer lugar la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión” con una media de 22,54 suicidios al año, una cifra significativamente superior al resto de métodos. Ver en Tabla 10.

Tabla 10. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 80 a 89 años.
Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	2	2	0	1	4	2	1	3	0	0	1
2*	5	2	5	8	4	6	2	1	1	3	3
3*	0	3	1	2	0	1	1	0	3	2	0
4*	201	222	196	210	196	180	173	177	197	182	174
5*	30	24	24	20	19	14	17	22	28	24	26
6*	6	3	0	0	1	1	0	0	3	3	1
7*	3	4	2	3	4	2	3	4	2	2	2
8*	4	8	6	12	9	3	9	4	9	6	8
9*	113	124	121	89	71	87	95	84	103	87	89
10*	3	4	7	8	5	4	5	8	8	5	4
11*	5	2	1	0	0	1	0	0	1	1	1

***1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.**

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

i) De 90 o más años

Los datos más significativos de las personas de 90 años o más, muestran que casi exclusivamente utilizan dos métodos principales para el suicidio. En primer lugar la “Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación”, con una media de 27 muertes al año, siendo el 2015 el más prevalente (n=35). Y en segundo lugar aparece la “Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado” con una media de 18,3 suicidios anuales, siendo el 2014 el que presenta mayor número de fallecidos (n=30). El resto de métodos presenta cifras no significativas. Ver en Tabla 11.

Tabla 11. Muertes por suicidio según método utilizado en población de 90 o más años.
Fuente: Elaboración propia.

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
1*	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
2*	0	1	2	0	1	0	2	0	2	1	0
3*	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
4*	35	32	25	27	24	30	23	25	19	27	31
5*	5	3	4	0	6	2	1	6	6	5	6
6*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7*	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
8*	3	3	2	1	1	1	1	0	1	3	2
9*	28	30	18	23	8	19	16	15	13	13	18
10*	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
11*	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*1. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

2. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas, y los no especificados.

3. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por gases y vapores.

4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

5. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

6. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

7. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

8. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.

9. Lesión autoinfligida intencionalmente por saltar desde un lugar elevado.

10. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.

11. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo a motor.

*Los datos se muestran en valores absolutos

5. Discusión

Según los resultados obtenidos, en España del año 2005 al 2015, se observa un incremento del 20% de suicidios en nuestro país, aproximadamente de unas 647 personas más, y consiguiendo las cifras más altas de muertes en el 2014 con 3910 suicidios. Autores como López Bernal JA, et al (11) han estudiado dichas tendencias de mortalidad, identificando el incremento mensual del 0,3% en los últimos años, atribuyendo dicho incremento a la situación económica por la que atravesó el estado español desde el año 2008, observándose un incremento del 8% desde el inicio de la crisis económica. En la misma línea, existen investigaciones epidemiológicas, como las llevadas a cabo por Córdoba Doña JA, et al (12) y Saiz P y Bobes J (13) que observaron que el 48,3% de los suicidios producidos en los últimos 5 años estaban asociados al desempleo, con un incremento del 1,25% en el número de suicidios en el periodo previo a la crisis y del 1,85% tras el comienzo de la misma. Además, Vázquez Lima MJ, et al (14) en un estudio basado en los datos de un hospital del norte de España, detectaron un aumento del doble de veces en las tasas de intentos de suicidio coincidiendo con los primeros años de crisis económica.

Así mismo, avalando dichos resultados están otras investigaciones que han estudiado este aumento de la incidencia de suicidios, pero en las diferentes comunidades autónomas afirmando que Andalucía es la comunidad autónoma con mayor registro de desempleo y de suicidios. Estos datos se observaron tanto en hombres como en mujeres, siendo los grupos de edad de 35 a 54 años los más afectados (12).

A pesar de eso, también hay autores que están en la postura contraria, desmintiendo la relación que existe entre la crisis y el aumento de suicidios en España. Ayuso Mateos JL, et al (4) señalan la gran discrepancia que existe entre los datos del INE y los del Instituto de Medicina Legal, explicando la dificultad que conlleva el hecho de identificar una muerte como suicidio de manera inequívoca y afirmando la tendencia que existe a la subnotificación de muertes por suicidio en nuestro país; ya que las estadísticas oficiales sobre mortalidad, reflejan de una forma irregular las defunciones por causas externas en general, y las de conductas suicidas en particular (6,15).

Según los datos de la OMS (6), las conductas suicidas son responsables del 15% de los 15.000 fallecimientos por lesiones que se producen diariamente en el mundo. España, tiene una de las tasas de mortalidad por esta causa más bajas de Europa, pero aun así, Chang S et al. (16) demuestran que a partir de 2009 hubo un incremento de suicidios en toda Europa del 4,2% más de lo esperado si hubieran seguido las tendencias anteriores, como demuestran nuestros resultados, y a pesar de que España tiene un riesgo menor que los demás países, es muy preocupante la tendencia lineal al incremento que presenta.

Si atendemos al perfil sociodemográfico de los suicidios en España, se puede afirmar que en nuestro país los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres en todos los años estudiados, siguiendo las pautas de comportamiento suicida del resto del mundo (1). Los datos más recientes de los que disponemos son del 2015, los cuales nos muestran un total de 3.602 suicidios, los cuales 2.680 son de hombres y 922 de mujeres. Aunque existen diferencias entre los países, en los occidentales se presentan unas proporciones respecto al sexo de 4:1, que coinciden con los resultados de este estudio (17). Varios autores respaldan estos resultados con sus estudios, como Chang S, et al (16) que confirman que el aumento de los suicidios de los últimos años fue sobre todo en hombres jóvenes en edad de trabajar y en particular en los países con bajos niveles de desempleo antes de la crisis. Y por otro lado, Saiz P y Bobes J (13), observaron que el aumento del 1% en el desempleo se correspondía con un aumento del 1,08 (por 10⁵) en la tasa de intentos de suicidio en hombres, no existiendo esta relación en las mujeres, aunque en el periodo estudiado las tasas de intento de suicidio fueron superiores en estas.

A medida que se avanza en la edad, se produce un incremento exponencial en el número de suicidios, llegando hasta cifras de más de 1000 suicidios en personas de 40 a 60 años en el año 2014, aunque una vez pasan los 70 años, se produce progresivamente un descenso de las muertes; esta tendencia se repite a lo largo del tiempo, siendo este intervalo de edad, 1/3 de los suicidios de cada año. Este alto porcentaje de muertes en torno a los 50 años, puede deberse según Julio Pérez Díaz, demógrafo del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), al envejecimiento de la población hacia edades en la que aumentan los suicidios un 38% de 2007 a 2014 (18).

Otra de las franjas de edad que destaca por su número de suicidios es de los 15 a los 29 años, siendo la tercera causa de muerte en ese intervalo de edad. Esta tendencia vendría justificada por el uso de la tecnología, el mal uso de las redes sociales, ya que facilitan la difusión de contenidos vejatorios, y su posibilidad de anonimato dificulta la posibilidad de frenar este tipo de conductas (17). Además del inicio de consumo de sustancias adictivas, que se produce habitualmente en edades tempranas y cada vez es más común entre los jóvenes. Un estudio demuestra que, tras pasar un test a jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, un 75% de ellas han intentado alguna vez suicidarse bajo los efectos de las mismas (19). En el foco del problema de los jóvenes y los suicidios, Robles Bello MA y Sánchez Teruel D (20), sitúan tres variables de especial importancia e interés, en las que haría falta incidir más en su prevención, como son la rigidez cognitiva, los trastornos del estado de ánimo ligados al consumo de sustancias y las relaciones interpersonales.

Por otro lado, Saiz P y Bobes J (13), refieren que, teniendo en cuenta a los individuos que padecen algún trastorno del ánimo y toman medicación, existen evidencias del consumo de antidepresivos y el riesgo de suicidio, dependiente de la edad. Teniendo un efecto facilitador en los menores de 25 años, efecto neutro en la población de 25 a 65 años y efecto protector en los mayores de 65 años.

En cuanto al método de suicidio elegido en España, se encuentran dos que muestran cifras superiores al resto: El ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y el precipitarse desde un lugar elevado. A partir de aquí, se encuentran las diferencias según sexos, ya que para los hombres prima el ahorcamiento seguido de la precipitación y para las mujeres ocurre al contrario. El método más empleado por ambos géneros en tercer lugar coincidiría siendo el envenenamiento por drogas, medicamentos o sustancias biológicas. La diferencia más alarmante entre sexos se encuentra en el suicidio por armas de fuego, ya que en hombres se produce hasta 70 veces más que en mujeres. Giner J, et al (21) estudiaron la tendencia de los métodos utilizados según el sexo concluyendo que los hombres utilizan métodos más violentos, letales y activos como el ahorcamiento y armas de fuego, y las mujeres métodos más pasivos y menos agresivos como intoxicaciones, venoclisis y precipitaciones; estas elecciones se justificarían con la familiaridad de cada género, los hombres están más familiarizados con el uso de armas y las mujeres con el de píldoras.

Sin embargo, a nivel mundial, los métodos más empleados son ahorcamiento, disparo por armas de fuego e ingestión de fármacos o fertilizantes, eliminando la precipitación de esta lista (22). Como excepción están China e India, donde los métodos más utilizados son la ingestión de pesticidas y la autoinmolación (21). En este sentido, el método que elige el suicida para la realización del acto, depende de varios factores como: cultura, personalidad, disponibilidad de este y circunstancias del momento. Teniendo en cuenta que el suicidio es evitable, el acceso a los medios para cometerlo es un factor de riesgo altamente relevante; por esa razón, empresas farmacéuticas se han comprometido a cambiar los frascos por blisters para que sean menos accesibles, se ha mejorado el acceso y vigilancia en el manejo de plaguicidas y la restricción del acceso a armas en algunos países está haciendo disminuir progresivamente estos suicidios (22).

En referencia a la variación del método respecto la edad, no se encuentran diferencias importantes en los dos primeros métodos, siendo los antes mencionados. Las diferencias comienzan a apreciarse en el tercer método, siendo el arrojarse delante de un objeto en movimiento en jóvenes hasta 29 años, el envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas en adultos de 30 a 59 años y el ahogamiento o sumersión en edades de 60 años en adelante. Respecto a los motivos que producen estos datos, Ramos Martín E (23) afirma que el factor de riesgo más asociado al suicidio en todas las edades son los trastornos mentales. Así, diferenciando por intervalos de edad, muestra que en el grupo comprendido entre los 18 y 49 años los factores más relacionados son: el no vivir en pareja, estar incapacitado laboralmente o desempleado y el consumo excesivo de alcohol; en el intervalo de 50 a 64 años es la soledad; y en los mayores de 65 años son los problemas económicos.

6. Conclusión

Al realizar el estudio y ver los resultados obtenidos, se puede afirmar que en España se ha producido un aumento sustancial de suicidios en los últimos años, que cobra especial relevancia al ser considerada la primera causa de muerte no natural en nuestro país. Pese a estas cifras alarmantes, la sociedad sigue estigmatizando a las personas que cometen este tipo de actos, provocando que en vez de buscar ayuda, aumenten las cifras de suicidio año tras año, como se ve en las gráficas; y debido a este problema la OMS ha propuesto un plan de acción para intentar reducir un 10% los suicidios para el 2020.

En cuanto al género, se demuestra que España sigue las pautas de suicidio a nivel mundial, cometiendo los hombres hasta tres veces más que las mujeres, a pesar de que las mujeres suelen ser las que más intentos de suicidio presentan. Las razones de los hombres son interpretadas como una señal de coraje, orgullo y resistencia frente a dificultades externas, reivindicando su independencia y valor; mientras que en las mujeres suele ser resultado de una tormenta de emociones o ruptura sentimental mediante la cual internalizan las crisis, volviéndose más pasivas y dependientes. Respecto a la edad es de vital importancia el reciente incremento de los suicidios en los jóvenes, en los cuales es necesario aumentar los planes de prevención aumentando y mejorando las campañas contra el acoso escolar e incrementar el control parental sobre las redes sociales de los menores.

Es necesaria la implantación de un consensado plan de prevención del suicidio en España, estableciendo medidas de seguimiento de los pacientes con intención suicida, con especial hincapié en los que han realizado un intento de suicidio previo. Esta prevención debe centrarse sobre todo en el abordaje del acceso a los medios utilizados para cometer el suicidio, en función del sexo y de la edad, llevando a cabo las medidas correspondientes a cada grupo de población de alto riesgo.

Gran parte de los pacientes suicidas como hemos visto padecen algún tipo de trastorno mental, por tanto es necesario aumentar la formación por parte de los profesionales de la salud en todo tipo de programas de trato con estos pacientes para proporcionarles las habilidades comunicativas necesarias para realizar un abordaje terapéutico efectivo.

7. Limitaciones

Este estudio estuvo sujeto a varias limitaciones, como consecuencia de la accesibilidad de los datos que se muestran en la página del INE y los artículos disponibles a texto completo:

- La edad presentó varias limitaciones, ya que no fue posible acceder a los datos del suicidio de los menores de 15 años, debido a que los datos facilitados por el INE se inician el primer intervalo con edades de 0 a 15 años.
- Los intervalos de edad proporcionados por el INE se modificaron mediante los cálculos necesarios para mayor operatividad de los datos.
- La escasez de artículos que estudien el método empleado para cometer el suicidio, tanto por edad como por sexo.

8. Referencias bibliográficas.

1- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2012; 43-46, 57-66

http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado04/ factores%20asociados.html

2- Burón P, Jimenez Trevino, L, Saiz PA, García Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for attempted suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. 2016; vol. 20, 45-58.

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2015.1004481>

3- Cerel J, Maple M, Van de Venne J, Moore M, Flaherty C, Brown M. La exposición al suicidio en la comunidad: prevalencia y la correlación en un Estado de Estados Unidos. Rep Salud Pública. 2016; 131(1): 100-107.

4- Ayuso Mateos JL, Baca García E, Bobes, J, Giner J, Giner L, Pérez V. et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012; vol 5 (1): 8-23

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-del-comportamiento-S188898911200002X>

5- Diaz de Neira M, García Nieto R, de León Martínez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo J. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2015; vol 8 (3): 137-145.

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-prevalencia-funciones-los-pensamientos-conductas-S188898911300102X>

6- Suelves J, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista Española de Medicina Legal*. 2012; vol 38 (4): 137-142

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-la-conducta-suicida-una-mirada-S0377473212000879?redirectNew=true>

7- OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2016; 14-25, 46-51

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf

8- Hart SR, Musci RJ, Ialongo N, Ballard ED, Wilcox HC. Las características demográficas y clínicas de los reporteros longitudinales consistentes e inconsistentes de los intentos de suicidio de toda la vida en la adolescencia a través de la edad adulta joven. *Depresion y ansiedad*. 2013; Vol 3 (10): 977-1004.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22135/abstract>

9- Carmona Navarro MC, Pichardo Martínez MC. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 ; vol 20(6): 1161-1168.

10- Tong Y, Phillips MR, Duberstein P y Zhan W. El comportamiento suicida en los familiares o asociados modera la fuerza de los factores de riesgo comunes para el suicidio. 2015; vol 45: 505-517. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452463/>

11- Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013; vol 23(5):732-6.

12- Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar Pujolar A, Martínez Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *Int J Equity Health*. 2014; 13-55.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119181/>

13- Saiz P y Bobes J. La prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014; 7: 1-4.

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-prevencion-del-suicidio-espana-una-S1888989114000068>

14- Vázquez Lima MJ, Álvarez Rodríguez C, López Rivadulla M, Cruz Landeira A, Abellas Alvarez C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2012; vol 24: 121-125.

15- Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Mental* 2014; Vol 7:139-146

16- Chang S, Stuckler D, Yip P, Gunell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013; 347: f5239.

17- Navarro Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud* 2017; Vol 28(1): 25-31.

<http://clysa.elsevier.es/es/el-suicidio-jovenes-espana-cifras/articulo/S1130527416300573/#.WTbkXNWLTIU>

18- Sanmartín O. El número de suicidios crece un 20% desde el inicio de la crisis económica. Sección de sociedad, *El Mundo*. 30/3/2016.

<http://www.elmundo.es/sociedad/2016/03/30/56fb9dc5ca47413d358b4604.html>

19-Gaona Ordoñez J, Bohórquez de Figueroa A, Gómez Gómez P, Ramírez Ortega Y, Barrientos Arenas G, Peñaloza Laiton L, et al. Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Ciencia y Cuidado*. 2015; vol 9(2): 36-42.

20- Robles Bello MA, Sánchez Teruel D. Variables moduladoras de la vulnerabilidad suicida en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología*, nº1. 2015;vol 1: 579-590.

21- Giner J, Medina A, Giner R. Aspectos socioculturales del suicidio: medidas preventivas y crisis económica. *Encuentros en Psiquiatría*. 2014; (3): 31-37.

22-Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*. 2015 ; vol 19(8): 1051-1058 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014

23- Ramos Martín E. Evolución del número de suicidios en España respecto a variables macroeconómicas. *Gaceta internacional de ciencias forenses*. 2014; vol 13: 31-48.

24- Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte: Metodología. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2005-2015.

9. Anexos

ANEXO 1-. Modelo de salud pública. Fuente: OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2016. Página 13.

