

**EL SUICIDIO: ASPECTOS CONCEPTUALES,
DOCTRINALES, EPIDEMIOLÓGICOS Y JURÍDICOS**

M.ª Beatriz López García

Doctora en Medicina

Rafael Hinojal Fonseca

Catedrático de Medicina Legal

Julio Bobes García

Catedrático de Enfermería Psiquiátrica

Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

SUMARIO

Introducción. Perspectiva histórica. Factores culturales. Concepto de suicidio. La concepción de Durkheim. La concepción psicoanalítica. Otras concepciones del suicidio. Epidemiología del suicidio. Teorías explicativas del suicidio. Enfermedad mental y suicidio. 1. Trastornos por neurosis.— 2. Esquizofrenia.— 3. Estados demenciales.— 4. Trastornos del humor.— 5. Síndromes epilépticos.— 6. Alcoholismo.— 7. Toxicomanías.— Aspectos neuro-endocrinológicos. Fenomenologías suicidas particulares. 1. Suicidio colectivo.— 2. El suicidio de los jóvenes.— 3. El suicidio de los ancianos.— El suicidio en las instituciones. 1. Suicidio en cárceles.— 2. Suicidio en el ejército.— 3. Suicidio en los hospitales.— Situación jurídica del suicida. Clasificación del suicidio. Conductas o grupos con riesgo suicida. Bibliografía.

REVISTA DE DERECHO PENAL Y CRIMINOLOGÍA, 3-1993

INTRODUCCIÓN

Tal como Gómez Dupertuis, entre otros autores, dice en *El suicidio: crisis de desesperación*, el suicidio es un acto específicamente humano. Aunque se describen conductas animales equiparables al suicidio, es necesario ser consciente de qué es la vida, la muerte y el morir, para tener capacidad de suicidarse. Esta racionalidad es exclusiva del hombre y tal vez de alguna especie de chimpancé. Muertes aparentemente voluntarias, como la del escorpión clavándose en el cuerpo su propia cola cuando está rodeado de fuego; como el perro que muere cuando desaparece su amo, a causa de una inactividad que abarca la alimentación; la del ibice que se lanza al vacío del precipicio cuando se siente acosado por el cazador, o la huida colectiva e incesante hacia el mar, de poblaciones casi completas de los roedores lemmings cuando la especie alcanza cotas demográficas insostenibles, tienen la explicación de soluciones alternativas, escasamente libres ante situaciones extremas, pero que no pueden ser consideradas suicidios en sentido estricto.

Las causas de este acto de autodestrucción que se han esgrimido por los distintos investigadores no explican el fenómeno de formación de esa autodeterminación.

Se calcula que en torno a mil personas pierden la vida diariamente por suicidio consumado. No obstante, aún hoy no existen estadísticas mundiales fiables, aunque parece que en los últimos años se tiende a realizar estudios serios donde se va perdiendo el miedo a diagnosticar este tipo de muerte y se investigan con seriedad los factores etiopatogénicos.

El suicidio consumado es una de las nueve causas más frecuentes de muerte en Estados Unidos (Resnick, 1980), pero como acto dependiente de la voluntad del sujeto, también por ello representa la forma de muerte más evitable para algunos autores, junto al cáncer de pulmón (Roy, 1985).

Las tasas de mortalidad por suicidio, publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989, oscilan entre 31,9 suicidios por 100.000 habitantes en Hungría y un 2,3/100.000 habitantes en Malta. Estas cifras están referidas al mundo occidental.

Esta forma violenta de poner fin a la vida por autodeterminación fue y es considerada de forma diversa en las diferentes culturas y a lo largo de la Historia de la humanidad. Hoy en día la preocupación mundial sobre el suicidio se centra menos en un punto de vista antropológico-mo-

ral que en la necesidad de enfocar adecuadamente su etiología. Esta búsqueda causal tiene una finalidad claramente preventiva, investigando en todas las latitudes, factores determinantes biológicos y/o psicosociales que puedan explicar esta máxima autoagresividad, y las diferencias cuantitativas observadas a lo largo de la geografía terrestre.

El hombre, prácticamente desde el nacimiento, asume su destino final inevitable, viéndolo como algo lejano y fuera de su propio control, a pesar de que, contradiciendo esto, algunos filósofos ensalzaran el fin voluntario de la propia vida, como una decisión racional. Sin embargo, ya en 1959, Robins y cols. consideraban que el 98% de los casos de suicidio consumado se producían en personas con trastornos psiquiátricos.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

La visión histórica del suicidio, positiva o negativa, refleja los valores morales latentes en el marco cultural contemplado. De todas formas, el suicidio es un suceso universal en el tiempo y en el espacio.

Aunque el fenómeno del suicidio fue desconocido en alguna cultura primitiva, en otras fue un fenómeno muy notorio.

La práctica del suicidio suele asociarse a la prevalencia del individualismo y del gusto por las emociones violentas.

Mientras que en la antigua Grecia el suicidio era considerado de forma ambivalente, en Roma se aceptaba incluso como un hecho de valentía. Sin embargo, corroborando esta dualidad ética respecto al tema, es conocido que en la Antigua Grecia, en general, el suicidio estaba perseguido. El cadáver del suicida era considerado indigno, no podía ser enterrado en el cementerio y su mano era amputada y enterrada aparte (como se hacía con los traidores). El único suicidio tolerado era el patriótico (Re Codro, Temistocle).

Sólo la llegada de las escuelas filosóficas aportó un gran cambio cultural, eliminando el carácter de infamia y delictual del gesto suicida, hasta el punto de que, en algunos casos, vivir era incluso considerado indeseable (Diógenes, Menedemo, Metrocle). Con los estoicos, el suicidio deviene casi un dogma: *el suicidio debe ponerse en marcha cuando la vida resulta insostenible y penosa* (Zenón y Cleante). Los epicúreos consentían en quitarse la vida cuando en ella no se encontraba más pla-

cer. En Roma, como en Grecia, se instituyeron tribunales de instancia para escuchar a aquellos que querían quitarse la vida y autorizar el eventual suicidio. En el *Corpus Iuris Civilis* de Justiniano se consideraba el suicidio justificable si era causado por *taedium vitae*; el acto devenía ilegal sólo si era considerado injurioso para el Estado. La visión del suicidio por las sociedades griega y romana como acto elogioso, incluso obligado en circunstancias determinadas (políticos para evitar sanciones, militares vencidos, mujeres deshonradas...), ocasionó la existencia de lugares concretos, donde se consumaba el suicidio públicamente, como Ceos o Marsella. No obstante, también es conocida la dureza extrema de las penas que se imponían a los esclavos que cometían un suicidio frustrado, consecuencia de la falta de propiedad del esclavo, sobre el propio cuerpo, y del concepto «cosificado» de estas personas en estas culturas. La crueldad con que se penaba la tentativa fallida de suicidio en el caso de los soldados tiene, del mismo modo, un significado de mengua en los derechos sobre el propio cuerpo, a causa de la sustracción de fuerzas vivas para la conquista de territorios o el mantenimiento de las fronteras. Sentido similar se observa en la prohibición realizada por Ptolomeo al filósofo Hegesías, para evitar el discurso público en favor del suicidio, que con anterioridad había ocasionado actos suicidas masivos, con el fin de alcanzar la felicidad.

Desde un punto de vista religioso, el Brahmanismo, por ejemplo, creyendo que el alma camina unida al pecado cometido, hasta que no se reúna con el espíritu de Brahma, señala el fundamento de algunas formas de suicidio sacro o ritual, como el *sutte* o sacrificio de las viudas, o las sumersiones en el agua del Ganges.

El Budismo, considerando el poner término a la vida como un gran sacrificio, puede también inducir a comportamientos suicidas.

El mismo sentimiento tolerante de Grecia o Roma para escapar a las penas, o a las derrotas bélicas, se mantenía en el mundo oriental (*hara-kiri* en Japón, *sutte* en la India). En China y en Japón el suicidio solía practicarse por razones de honor. Así, en China se hizo famoso el suicidio colectivo de más de 500 seguidores de Confucio, a causa de la destrucción de los libros del maestro. En Japón se tiene noticia de sumersiones de grupos enteros de personas, y de precipitaciones a volcanes activos, precedidas de complejas costumbres y rituales.

En Egipto, los contemporáneos de Cleopatra llegaron incluso a fundar la academia *Synapothanumènes*, con la finalidad de hallar los métodos más óptimos para conseguir la muerte dulce.

En las antiguas religiones del Norte el gesto suicida era frecuente. Se pensaba que una muerte violenta podía poner al sujeto directamente al lado de Odín en el Walahalla. Es conocida, asimismo, la percepción celta de la muerte como tránsito positivo, lo que se reflejaba en la festividad de los funerales y en la gloria del suicidio. En los pueblos que habitaban la Península Ibérica antes de la llegada de los romanos, especialmente en los iberos, nos han llegado igualmente noticias de suicidios colectivos, como los ocurridos en el sitio de Numancia o de Sagunto.

La religión judía, por el contrario, censura fuertemente el suicidio, aunque ya en el Viejo Testamento se encuentra el episodio de Sansón, el de Saúl, el de Ahitofel, o el de Abimelech; mientras que en el Libro de los Apóstoles se cita el caso de Razis.

La cultura cristiana, al igual que los judíos, aunque en un principio adoptó una actitud tolerante con el suicidio ante determinadas circunstancias (de este modo podría considerarse la muerte de Jesucristo y de muchos Apóstoles), posteriormente ha estimado la vida como un bien apreciable, ya que es un regalo de Dios, y sólo Él puede decidir su fin, oponiéndose explícitamente al suicidio. En esta misma línea podemos situar el Budismo y el Hinduismo, que lo conceptualizan de forma negativa, así como el Islam, que lo prohíbe estrictamente. El Cristianismo, por tanto, se ha opuesto resueltamente al suicidio, excepto en los primeros cristianos, que, para alcanzar pronto el cielo, provocaban, con su comportamiento, sentencias mortales.

San Agustín consideró el suicidio un pecado, con la excepción de circunstancias muy graves. Después, el Concilio de Arlés (452), condenó el suicidio en todo caso. De modo que, en el siglo VI, Santo Tomás de Aquino califica el suicidio, igual que lo había hecho anteriormente San Agustín, como un acto inaceptable, postulando su encuadramiento en las formas de asesinato, ya que contradecía la *ley natural* de Dios, que es a quien corresponde dar y quitar la vida.

Este posicionamiento se acentuó en el siglo XIII, en que se negaba a las víctimas de este tipo de muerte el enterramiento en los cementerios religiosos, significaba el deshonor para la familia del suicida y se le confiscaban todas sus posesiones.

El Medievo se caracterizó, por una parte, por el dominio del Islamismo (decididamente contrario al suicidio, considerado en el Corán como delito más grave aún que el homicidio), y, por otra parte, por el

dominio del Cristianismo. Las dos religiones redujeron en gran medida la frecuencia del suicidio.

En Inglaterra, en el siglo XI, al suicida se le mutilaba y se le daba sepultura en los cruces de los caminos con una estaca atravesada en el corazón (Rosen, 1971), practicándose esto hasta principios del siglo XIV, en que se abandonó la costumbre, aunque no es hasta 1961 cuando dejan de castigarse en este país los intentos de suicidio con penas privativas de libertad. No obstante, hasta principios del siglo XIX se enterraba a los suicidas sin funerales y fuera del cementerio consagrado. Sólo después de entrado el siglo XIX se consintieron los funerales, pero no siempre, y sin ritos religiosos. Todo esto se abolió en 1882, en tanto que el confiscamiento de los bienes como condena al suicida había sido abolido ya en 1870.

También en el resto de Europa el suicidio ha sido considerado un delito hasta finales del siglo XIX, aunque ya a finales del siglo XVIII, con el Renacimiento cultural, surgieron figuras como Hume, Montesquieu, Rousseau, Beccaria, Montaigne o Voltaire, que, en campos como la Filosofía, la Literatura o el Derecho, comenzaban a presentar justificaciones racionales a la autodeterminación hacia la muerte en condiciones de gran sufrimiento.

Estos personajes se opusieron de forma crítica a la condena del suicida, aunque la muerte voluntaria se censuraba por todas las autoridades religiosas, y era vista como la usurpación de un derecho del que sólo Dios tenía la prerrogativa.

Desde mediados del siglo XIX, los teólogos han conceptualizado el suicidio más como una tragedia que como un acto incorrecto (Best, 1986), considerando, actualmente, irresponsable, en el momento final, a la víctima, que sufriría de un trastorno que la confunde e incapacita para tomar una decisión racional.

Hoy aún se puede castigar a los castrenses que intentan el suicidio en Francia y en Israel, y, aunque la aplicabilidad de la ley sea dudosa, todavía en nueve Estados de EE.UU. es un delito el suicidio.

Al margen de la consideración religiosa del tema de estudio, es la filosofía popular prevalente en la época la que fundamenta el suicidio. En la actualidad, los valores morales de la cultura occidental, como la libertad individual, la autonomía del pensamiento y de la acción, reflejan los posicionamientos de nuestro entorno en la materia. Por ello, algunos ven en el suicidio el imperio de los derechos personales y de la libertad

de elección respecto a la muerte, ante situaciones de sufrimiento o dolor.

En Italia, actualmente, el suicidio no es punible, pero constituye delito la instigación o la ayuda al suicidio (art. 580 del CP). La pena es más grave si el suicidio ocurre efectivamente y si el suicida tiene una edad inferior a los catorce años o es un enfermo mental o incapaz de entender o querer; el instigador en esos casos es culpado con la misma pena que el homicidio voluntario.

En España sucede lo mismo que en Italia, agravándose la pena en el caso de que quien ayuda al suicida lo haga hasta el extremo de provocarle personalmente la muerte. En estos casos los autores serían castigados como homicidas (con la pena de reclusión menor). En el resto de las acciones relacionadas con el suicidio (auxilio o inducción al sujeto suicida), a quienes realicen la conducta descrita por el artículo 409 del Código Penal español les corresponde un grado menos en la pena (prisión mayor).

En síntesis, se puede decir que en el mundo y en la cultura occidental el suicidio ha sido visto más frecuentemente como un acto delictivo, como una gran culpa que enfrentaba al mundo social, como un gesto considerado un homicidio defectuoso o como un acto de agresividad que condenar y reprobar. Quitarse la vida significa, en este contexto, querer sustraerse al propio deber, bastante penoso e intolerable, de vivir.

Todavía tal condena, en la cultura occidental, no aparece del todo uniforme; por el contrario, se han presentado por medio de las más diversas concepciones filosóficas, desde la antigüedad, justificaciones, incluso verdaderas exaltaciones del suicidio.

Más tarde, el Iluminismo primero y el Romanticismo después, partiendo de presupuestos distintos, volvieron a tomar postura consciente de las tendencias suicidas, que con tanta severidad habían sido tratadas mediante culpabilizaciones en los siglos precedentes. Los iluministas afrontaron el suicidio desde el punto de vista de la razón, vencedora sobre el resto de los obstáculos, comprendida la muerte, que pudiera dejar libre y recto el camino del intelecto. Los románticos fueron atraídos por el mundo oscuro e impalpable que el suicidio y la muerte conllevan, como perspectiva de un árido racionalismo y como afirmación de la presencia en el hombre del mundo imperceptible y naciente de la conciencia razonadora.

De esta breve historia se pueden sacar algunos puntos de reflexión. En primer lugar, resaltar el hecho de que la conciencia humana ha estado siempre situada en polos opuestos respecto a este acto fatal: lo testimonia la ambivalencia emotiva que se puede deducir de las posiciones diametralmente opuestas reveladas en el curso de los siglos. En segundo lugar, y directamente conexo con el primer punto, en el suicidio aparece una problemática difícilmente esquematizable: desde el acto patológico culpable, que no encaja en el Derecho penal, hasta la expresión de libertad, acto heroico y de desarrollo viril. Por otra parte, podemos observar cómo la tendencia suicida se presenta como una característica típicamente humana y omnipresente en todas las culturas y las épocas. Los estudios de etología demuestran que en el mundo animal la intención suicida es inexistente, mientras es una constante en el *homo sapiens*.

FACTORES CULTURALES

Es conocido comúnmente el hecho de que en determinadas culturas y sociedades se asume colectivamente la justificación y la necesidad del suicidio ante determinadas circunstancias. Es el caso del suicidio de las viudas de ciertas castas, en la India, los «héroes» de guerra, etc.

Un factor cultural que influye en el desencadenamiento activo de la propia muerte, se ciñe a móviles individuales, como la culpa, el miedo al sufrimiento, la soledad, el honor, el amor no correspondido...

Es importante en el suicidio la actitud de la colectividad en la que está incluido el sujeto, de manera que con los cambios en la estima de la vida, o con la facilitación o dificultad de la vida social, las cifras absolutas del suicidio oscilan, dentro de la misma zona geográfica, de unos años a otros.

El rechazo al suicidio surgió con la creencia religiosa de que la vida es un don divino, como hemos visto, y por lo tanto no está en nuestra mano arrebatarle ese derecho a Dios. Ese rechazo se plasmó, en la práctica totalidad de los países, en una legislación penal que equiparaba el suicidio al homicidio, en su perspectiva punitiva. Fue en el siglo XIX cuando la generalidad de la sociedad transformó su aptitud hacia los suicidas, de intolerancia en aptitud compasiva.

En 1984, David Lester realizó un trabajo original, analizando los datos del Anuario Estadístico de Salud Mundial de 1971 (OMS, 1974), y

las tasas de homicidio y suicidio de 43 naciones; el autor observó que las tasas de suicidio se correlacionaban positivamente y de forma significativa con la calidad de vida, mientras que las tasas de homicidio se correlacionaban negativamente y de forma significativa con la calidad de vida. Estos mismos resultados se mantenían después de controlar los países según su renta *per cápita*. Al año siguiente (1985), el mismo autor publicó un artículo discutiendo a otros autores. Dice que en ningún caso las tasas de suicidio u homicidio se correlacionan con las tasas presentadas por Boyer y Savageaus (1981) de calidad de vida, en cincuenta grandes ciudades de EE.UU. Las tasas de suicidio, para Lester, se correlacionan positivamente con las condiciones económicas y negativamente con la criminalidad y el nivel educacional. Para este autor, también las tasas de homicidio se relacionan negativamente con la criminalidad y el nivel educacional.

Osgood presentó en la Reunión de 1988 de la Asociación Americana de Suicidología, celebrada en Washington, sus estudios sobre el desarrollo de factores ambientales facilitadores del suicidio a largo plazo. Mediante Chi cuadrado de Pearson, se revelaron cuatro factores característicos para la conducta suicida y la muerte por suicidio: el nivel de cambio personal, el tamaño del lugar de residencia, los lugares de acogida y el coste ocasionado por la suerte obtenida por el sujeto. Más suicidios se producen facilitados por situaciones de grandes cambios personales. Los lugares de acogida religiosos, públicos y privados, revelan más muertes suicidas. Las dificultades en los cambios también aumentan las muertes suicidas.

Stack, en la misma reunión de la Sociedad Americana de Suicidología (1988), expuso su tesis sobre la simbólica interacción teórica, entre el grado de influencia media de un mensaje y su contingencia con la receptividad de la población. Una población receptiva a las historias suicidas fue la existente durante la Gran Depresión, con paro generalizado. Esta situación suicidógena es semejante a la anomia. El autor desarrolló, además, una taxonomía de historias suicidas, utilizando imitaciones clásicas, comprensión social y distintas teorías de identificación. Analizó datos de suicidios en historias ya publicadas, o encontradas por cualquier método, soportadas por pequeñas evidencias. Sólo las historias concernientes a líderes políticos se asocian con suicidio. Historias concernientes a otras categorías de víctimas: delincuentes, presentadores televisivos, o extranjeros, por ejemplo, no se asocian a suicidios. Posiblemente, el impacto potencial viene contrarrestado por la ausencia de otros factores, entre los que estarían la ausencia de televisión, el escaso

eco de los mensajes de periódicos y radio, así como el alto nivel de integración política.

Otro factor cultural ha sido estudiado por Lewis y Shepard, que en Virginia, en 1989, dentro del congreso de la Asociación Psicológica de Virginia, expusieron su trabajo realizado en estudiantes, atribuyendo al suicidio una función específica según el sexo y el contexto, comparando atletas con estudiantes fracasados. Los resultados indican que los varones atletas consideran el suicidio una conducta más emocional y correctamente ajustada, en comparación con todas las mujeres y los varones fracasados, de opinión contraria. Hombres y mujeres atletas consideraron el suicidio cuanto más competitivos eran y cuanto mayor estrés tenían, en relación con quienes sufrieron fracasos. Las mujeres fueron quienes mayor estrés presentaron, en relación con los hombres. Los autores exponen sus resultados, en términos de un posible sesgo hacia atletas, en una sociedad donde existen estereotipos genéticos.

Finalmente, Wasserman (1992) ha estudiado el impacto de acontecimientos sociales y políticos exógenos, en la conducta suicida en los Estados Unidos desde 1910 a 1920. El estudio ha determinado el impacto de la I Guerra Mundial, la gran epidemia por virus «influenzae» y la prohibición del alcohol en la conducta suicida. El autor concluye que la Primera Guerra Mundial no tuvo influencia en la conducta suicida, mientras que la epidemia por virus «influenzae» produjo un crecimiento de las tasas suicidas, y la prohibición del consumo de alcohol disminuyó el número de suicidios.

CONCEPTO DEL SUICIDIO

¿Cómo definir el suicidio? El vocablo suicidio proviene de las raíces latinas «sui», que significa de sí mismo, y «caedere», matar (matarse a sí mismo).

Literalmente, suicidio significa el «acto a través del cual la persona se provoca voluntariamente la muerte a sí misma». La definición científica del suicidio, que comprende el acto humano y social, por el contrario, no está claramente determinada.

Existe un problema definitorio que se plantea como básico si se quiere captar una comprensión racional del fenómeno. En este sentido, fue Morselli (1879) el primero en ocuparse del tema, juzgando el suici-

dio como un medio de eliminación de las personalidades más débiles, incapaces de afrontar su pobre evolución en la vida.

Según parece, el primero en utilizar el término «suicidio», fue Browne en 1635 (Sarró, 1991). En España aparece este término por primera vez en la crítica a Voltaire que realiza fray Fernando de Ceballos en 1772, dentro de su obra *La falsa filosofía y el ateísmo* (Martí, 1982).

Durante el siglo XIX se comienza a estudiar científicamente el suicidio, y se propone por Bourdin la existencia de una enfermedad mental específicamente suicida, como entidad nosográfica especial, en tanto que Esquirol, simultáneamente, propone la visión del suicidio como un «síntoma», característico y común a distintos trastornos psiquiátricos.

La definición que realizó del acto suicida Durkheim en 1928, crítica con las explicaciones anteriores, debido a la imposibilidad de comprobar en todos los casos la «locura», fue la de «toda muerte causada directa o indirectamente por una acción u omisión del sujeto, realizada de forma consciente». El autor distinguió cuatro tipos de suicidio, que reflejaban el malestar social: egoísta, altruista, anómico y fatalista, que en parte siguen vigentes.

LA CONCEPCIÓN DE DURKHEIM

El primer intento de sistematización del suicidio fue realizado, desde un punto de vista sociológico, por Durkheim. En su obra *El suicidio*, de 1897, establece tres categorías de suicidio, en las que se debe enmarcar todo suicidio llevado a cabo.

1) El suicidio *egoísta*, realizado por todo aquel individuo fuertemente individualista, por no tolerar las exigencias de la vida social y de sus reglas. Eso deriva en la carencia de intereses sociales, como puede ocurrir en aquellas situaciones de enfermedad física o mental, o en aquellas personas que han sufrido privaciones o muertes de seres queridos.

2) El suicidio *altruista*, diametralmente opuesto al primero, es realizado en situaciones sociales de elevada cohesión de los principios y fines colectivos. Individuos con carencias de su individualismo o excesivo sentido del deber pueden verse envueltos en los riesgos colectivos: se sienten inútiles, mártires que se afirman muriendo por sus valores re-

ligiosos (los primeros cristianos) o sociales (oficiales japoneses, bonzos), seguidores o siervos que siguen el destino de su patrón o amo, entran todos en esta perspectiva del suicidio como acto digno de respeto o meritorio.

3) El suicidio *anómico*, que se produce en aquellos que han sufrido una fuerte crisis de valores religiosos, sociales o éticos, y se encuentran privados de algún tipo de orientación. Causas de anomia pueden ser tanto el declinar de la fe religiosa como la desilusión provocada por relaciones familiares fallidas, que explican, según Durkheim, el alto porcentaje de suicidios entre los divorciados. Este tipo de suicidio es más frecuente en sociedades permisivas que en aquellas más severas y rígidas.

La aportación de Durkheim a la comprensión del suicidio es muy relevante, constituyendo aún todo un modelo de estudio sociológico, cuya importancia llega a los confines de la temática tratada, incluso al área crucial de razonamientos entre la dinámica social y el comportamiento individual.

Durkheim parte de la hipótesis de que el acto social suicida debe ser considerado como realidad externa al individuo, objetivo y bien determinado, de forma que pueda ser científicamente tratado.

Este autor ha analizado la incidencia del suicidio en diversas realidades nacionales, sociales y culturales, verificando cómo el índice de mortalidad por suicidio tiende a permanecer constante en toda realidad social singular y fija, si no cambian las características generales. Tales índices esgrimen una inclinación colectiva al suicidio presente y caracterizadora de esa sociedad, que influencia el comportamiento del individuo hacia su decisión.

Según Durkheim, la disgregación social y la escasa integración del individuo en los grupos sociales aumentan la posibilidad del suicidio.

Durkheim ha sido criticado por los resultados de su trabajo; algunos de sus críticos rechazan los aspectos metodológicos, otros la escasa definición del concepto de integración social o la debilidad de los índices estadísticos utilizados; otros rechazan la escasa o nula consideración de los aspectos psicológicos e individuales de la dinámica suicida.

En el momento actual, sin embargo, el estudio sobre el suicidio de Durkheim continúa conservando toda la lucidez y eficacia, aunque la concepción que considera el fenómeno como una manifestación de

«anomia», inmodificable en toda sociedad, se va sustituyendo por una concepción más pragmática, que tiende a incidir sobre la realidad social e individual para reducir la incidencia del suicidio.

LA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA

Sauvagnat y Larue (1991) citan tres momentos históricos en la discusión sobre el suicidio en las concepciones psicoanalíticas: 1.º la discusión en 1910 de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, sobre el «suicidio en los niños»; 2.º las consecuencias del reconocimiento por Freud de la «pulsión de muerte», y 3.º la discusión en la Sociedad Psicoanalítica de París, autora de la distinción del «passage à l'acte/acting out» y el intento de fundar una clínica consistente del acto suicida.

La lectura psicoanalítica que Freud dio al suicidio permite ulteriores profundizamientos respecto a las hipótesis sociológicas, dando la posibilidad de individualizar en el individuo las razones últimas de un gesto dramáticamente significativo.

Para el tema que se trata, dos son los momentos teóricos que enunciar de la vastísima obra freudiana. El primero se encuentra en *Luto y Melancolía*; el segundo deriva de la consideración especial de la obra *Al otro lado del principio del placer*, de 1920, donde Freud postula la existencia, junto a *Eros* de *Tánatos*, lo que coloca al instinto de muerte contrapuesto al instinto vital.

En *Luto y Melancolía*, Freud iguala el suicidio al síndrome depresivo y motiva así la tendencia suicida: «Es bien cierto, y lo sabemos hace tiempo, que no existe neurótico en el que su propósito suicida no sea determinado a partir de impulsos homicidas dirigidos a cualquier otra persona. Aún no somos capaces de captar a través de qué fuerzas de goce, tales propósitos pueden traducirse en acto. No obstante, el análisis de la melancolía enseña que el Yo puede decidirse solo, cuando gracias a la inversión de la figura objetal, éste se autotrata como un objeto, pudiendo dirigir contra sí la hostilidad que espera un objeto, ataque que representa la reacción originaria del Yo respecto al objeto del mundo externo». Demasiado complejo y largo sería entrar en el detalle de la dinámica psíquica que Freud pone en la base del desarrollo del Yo. Lo que interesa subrayar es el hecho de que a través de un proceso de identificación, puesto en acción por el suicida, en el enfrentamiento con una

persona hacia la cual existe una ambivalencia de amor/odio, los sentimientos de hostilidad se resuelven hacia el propio sujeto. El impulso agresivo, en lugar de dirigirse hacia el objeto externo, se dirige hacia su Yo, que ocupa el puesto del objeto que falta. El suicidio deviene un homicidio imperfecto; como afirma Stekel, en un último análisis, nadie se suicida sin haber pensado o deseado matar a otro.

Cuando en 1920 Freud introduce el concepto de pulsiones de muerte, el cuadro se aclara. Freud postula dos instintos fundamentales, en eterna dialéctica y contraposición entre sí, *Eros* y *Tánatos*: desde ese momento el conflicto se esgrime en un plano externo al individuo y en un plano interno, entre la instancia que quita la vida y la que se opone a ello. La agresividad, de la que deriva también el impulso suicida, no puede ser considerada una perversión del instinto sexual, como lo era en las formulaciones precedentes, entre reacción y frustración; ahora es un instinto primario, en medio de una pulsión. El suicidio tiene ahí su origen.

Una lectura distinta da Adler, cuyo pensamiento puede considerarse un puente entre la visión psicodinámica y la sociológica del problema. Si para Freud todo acto psíquico —y en particular los actos de los neuróticos— tiene una perspectiva causal, Adler propone en su lugar una perspectiva finalística. A propósito del suicida, Adler sostiene que la respuesta debe buscarse en el atento examen del contexto socio-ambiental en el que el sujeto suicida vive: el acto puede venir como consecuencia de un deseo de venganza o de revelación hacia el ambiente circundante, por problemas familiares, como respuesta de amor o como protesta viril.

La lectura psicoanalítica da mayor relieve al sentido del acto suicida, que viene así a estar inscrito en un cuadro donde predomina la razón intrínseca del acto mismo, situándolo en una precisa perspectiva de unidad y de individualidad: todo acto suicida es en cierto sentido único, complejo y no fácilmente generalizable.

Desde un punto de vista psicológico y comportamental se puede delinear una especie de perfil típico de la personalidad suicida, utilizando todos los elementos que se pueden deducir del examen general y comprensivo de las variables estadísticas, y que podemos resumir de la siguiente manera: el suicida típico difícilmente es una persona profundamente creyente y con raíces en los valores religiosos; vive en un estado de aislamiento interior y social, aunque puede desarrollar una actividad interesante en el campo profesional, contrariamente a la idea de que un

trabajo dependiente y poco gratificante puede constituir un grave motivo de privación. Reside frecuentemente en una comunidad urbana, donde los lazos relacionales son escasos y a menudo inexistentes, en comparación con las pequeñas poblaciones donde subsiste una mayor probabilidad de cambio y de relación interpersonal. Respecto a la subjetividad, se puede ver cómo en su familia de origen había soportado experiencias traumáticas, o ha sufrido la pérdida de una o de ambas figuras parentales, siendo la infancia del sujeto problemática y carencial en el plano afectivo. Entre las causas médicas del suicidio, aparece como responsable en primer lugar el síndrome depresivo, seguido de la esquizofrenia en sus diversas formas, así como la condición neurótica de varios tipos, y sobre todo la histeria. La dependencia al alcohol y a las drogas está también entre las causas que concurren a determinar el acto suicida. Se puede decir que las toxicodependencias pueden ser consideradas como una especie de suicidio lento.

La población masculina aparece de forma mayor expuesta al riesgo de suicidio que la femenina, que suele actuar más frecuentemente actos de tipo demostrativo o tentativas ineficaces.

Las personas ancianas están más expuestas que los adultos, mientras que los jóvenes y adolescentes pueden manifestar frecuencias ondulatorias suicidas, especialmente en situaciones caracterizadas por institucionalización total (cárceles, manicomios, etc.) o por estrés existencial (vida militar, pérdida del puesto de trabajo, etc.).

Los medios más comúnmente usados para quitarse la vida son la precipitación, el ahorcamiento, el envenenamiento, el uso de armas de fuego o blancas, la asfixia con gas, la sumersión o el atropello ferroviario.

Excepto en algunos casos particulares, el acto de quitarse la vida encuentra su justificación, si no la aprobación social, en un estado de «necesidad» externa, para evitar daños mayores para sí o para otros, o por un fuerte sentido del honor y de amor altruista, el suicidio aparece estrechamente relacionado con situaciones de enfermedad, física o mental, gran desarraigo social, factores de desadaptación y debilidad de carácter, o de sufrimiento real sin vía de salida.

En muchos casos (sobre todo en los que se refieren más directamente a situaciones de fuerte presión interna y externa), el suicidio puede ser visto como la única posibilidad, aunque sea dramáticamente fatal, en la que el individuo se puede reconocer en un gesto. En la depresión,

por ejemplo, una aproximación fenomenológica sugiere lo que está perdido por el sujeto, y el sentido de su estar en el mundo, su «presencia».

Si se quiere verdaderamente hacer justicia a la persona que realiza o intenta consumar un suicidio, no es suficiente referirse a categorías de orden social, psiquiátrico o moral: es necesario captar la consciencia del suicida, que está en una situación explosiva, en la que toda perspectiva de acción siempre ha estado reprimida.

En una obra específica de este tipo de aproximación psicoanalítica al suicidio, Hillman (1972) propone una perspectiva distinta: no es el Yo del sujeto que se acerca a la muerte, pero es la *psique* inconsciente que invade la consciencia con fantasías de muerte como último intento para compensar una consciencia demasiado rígida y estructurada, incapaz de cambiar. El hecho de que en primavera el número de suicidios aumente, en un período del año en que la naturaleza abandona su gris hábito invernal, testimonia el hecho de que la consciencia del suicida se siente totalmente inadecuada, incapaz de adaptarse a un proceso de cambio y transformación psíquica, como muestra la naturaleza.

Es —como decía Heráclito— la vida en movimiento, eterno devenir, mientras la consciencia del sujeto es incapaz de todo cambio, lo que viene a crear un insalvable conflicto entre consciencia e inconsciente: el suicida no está en condiciones de vivir una transformación psíquica; lo que indica muerte y renacer simbólico, se construye mediante la muerte real, mientras en otro no es sino un radical cambio de estado, en la búsqueda psíquica inconsciente.

OTRAS CONCEPCIONES DEL SUICIDIO

Ferri (1928) definió el suicidio como «la muerte realizada en su contexto por un desarrollo exclusivamente egoísta, con la intención de evitar un mal inminente o creído como tal».

Deshaies (1947) proporciona otra definición del suicidio: «Acto de la persona de producirse la muerte como medio o como fin, de modo habitualmente consciente, asumiéndola».

De estas definiciones se desprende que los elementos que caracterizan el suicidio parecen ser más el conocimiento, la intencionalidad y el significado del acto que el acto material en sí mismo. La definición puede ser más o menos restrictiva según el número de elementos que sean considerados importantes.

La OMS considera el suicidio simplemente como una de las cuatro causas posibles de muerte (natural, accidental, suicida y por homicidio).

Pierre Moron (1975) reconoce en la conducta suicida cuatro aspectos distintos:

- El acto específico de quitarse la vida, sancionado por la muerte.
- El intento suicida como acto incompleto, que se resuelve como un suceso negativo.
- La veleidad del suicidio como acto apenas esbozado.
- La idea de suicidio como simple representación mental del acto.

La historia realizada en torno a la definición del suicidio deja ver claramente cómo el concepto del suicidio es cambiante en el tiempo, pasando de una primera concepción de tipo psiquiátrico (ejemplificada en la frase de Esquirol —1838— «el hombre atenta contra su vida en el delirio, y todo suicidio es acto de alienados o locos») a una concepción sociológica (Durkheim, Halbwachs, Ferri), para terminar con una connotación teórica psicológica (Deshaies, Stengel, Cook).

Actualmente no es posible ignorar ninguna de las ofertas que han contribuido a la comprensión científica del fenómeno, y por ello es preferible una aproximación pragmática multidisciplinar e integral, que parece ser lo más productivo en el estudio del comportamiento humano de relieve social.

Desde que en 1958 se crea el *Centro para la Prevención del Suicidio*, en Los Ángeles (EE.UU.), por Schneidman, Litman y Farberow, se extiende una visión del suicidio como acto interdisciplinar y se desarrolla la investigación integral de todas las posibles perspectivas explicativas del mismo. Con este paso se inicia la *Suicidología* con metodología científica.

Aunque los autores divergen con matices en este punto, lo que está claro es que existe una voluntad autodeterminada de poner fin a la propia vida.

De este modo, la OMS (1969) define el acto suicida como «toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil», aunque no distingue entre intento suicida y suicidio propiamente dicho.

Es en verdad dificultoso, cuando falta una comunicación verbal o un escrito con contenido suicida, hacer un diagnóstico correcto de esta causa de muerte, aunque los métodos de poner en práctica esta resolución del sujeto, en la mayoría de las ocasiones, nos llevan a su clasificación con esta etiqueta (ahorcamiento, disparo de arma de fuego con ella entre las manos, autointoxicación medicamentosa, etc.).

Sin embargo, la combinación de tóxicos a dosis subletales (alcohol y drogas) o el accidente solitario de automóvil no permiten concluir con facilidad.

En estos extremos, la generalidad de las personas con responsabilidades judiciales (jueces, fiscales, forenses) son conservadoras y reticentes a la declaración del suicidio (la mayoría de las muertes por sobredosis se consideran accidentales).

Esta postura refleja el intento de evitar un trauma emocional innecesario a la familia del difunto, apurando al máximo el resto de posibilidades, además de los problemas legales que la declaración judicial del suicidio puede tener a nivel civil, como es el caso del cobro de seguros de vida.

Cuando los investigadores y personal judicial concluyen como causa de la muerte de un sujeto el suicidio, raramente existen errores en ese diagnóstico preciso, en parte por los razonamientos dados anteriormente.

Sin embargo, la situación contraria, es decir, los suicidios consumados no dictaminados como tales, son numerosos, estimando en 1986 Grinspoon en 100.000 los casos anuales no hechos públicos. Ya en 1963, autores como Dublin señalaban los estigmas significativos que suponía este veredicto, fundamentando la escasa investigación en las muertes «accidentales» sospechosas, por parte de los fiscales, con un objetivo prioritario de búsqueda de homicidios, suponiendo los accidentes fatales y los suicidios, intereses profesionales secundarios para estos juristas.

Sólo las *autopsias psicológicas* pueden corregir de algún modo estas inadvertencias, según Stevenson. El proceso comprende, según este autor, un amplio examen de la historia médica y psiquiátrica del paciente, así como entrevistas con los supervivientes, para investigar las intenciones de la víctima anteriores al acto.

Desafortunadamente, esta forma de investigación requiere tiempo, y raramente se emplea de forma sistemática y comprehensiva.

Aunque las causas de muerte más frecuentes son el cáncer y las enfermedades del corazón, el impacto que supone la muerte por suicidio en la familia y en la comunidad es importante, sobre todo porque la víctima casi siempre refiere de una u otra forma, con más o menos inmediatez al acto, su intención, por lo menos a una persona significativa para ella (familiar, amigo, médico) (Adam, 1985). Para este investigador, la información dada por el suicida, y frecuentemente desatendida, crea potencialmente una segunda víctima del acto.

La tentativa de suicidio y el suicidio consumado, a pesar de ser actos muy diferentes, comparten varias características.

Algunas estimaciones conservadoras, según Stevenson, sugieren que los intentos suicidas son entre 8 y 15 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Grinspoon, 1986).

También en general, se puede decir que los intentos suicidas son más variados en sus métodos autodestructivos, que pueden ir desde actos amenazadores de la vida hasta «movimientos» menos peligrosos, pero dirigidos a llamar la atención.

El médico que atiende a estos sujetos debe estar alerta y valorar la seriedad de un intento, pues después de una sobredosis de aspirinas puede repetirse otra de antidepresivos.

Genéricamente puede decirse que un buen predictor de suicidio consumado es una tentativa previa, sin tener en cuenta la letalidad del primer acto. Por ello, no deben descartarse como no peligrosas estas conductas, sobre todo cuando no se tiene una historia adecuada y completa del paciente, no se conoce el carácter del sujeto o sus fuentes de soporte emocional.

Estadísticamente, el 10% de los sujetos que tienen una tentativa suicida posteriormente se suicidan (Kreitman, 1977). De esto se deriva que todo intento de suicidio debe ser considerado como una forma subaguda del mismo, y por lo tanto ser atendido como una enfermedad, remitiendo al sujeto a un profesional especialista en salud mental.

Los especialistas en salud mental consideran, hoy en día, que otras enfermedades o hábitos comúnmente observados significan también situaciones o procesos autodestructivos. Ejemplo de esto son: la obesidad, el fumar, el alcoholismo o cualquier adicción a una sustancia, pudiendo ser mortales si van acompañados de otras enfermedades, aunque la dinámica de estos procesos crónicos de autodestrucción es compleja.

Stevenson propone que conductas como la falta de cumplimiento terapéutico de dietas y farmacoterapia, con supervisión e información adecuada, significan formas crónicas de comportamientos suicidas, a diferencia del acto de suicidio, como estado agudo o amenaza inmediata de la vida (veneno o uso de arma de fuego), distinguiendo los *estadios del suicidio* en tres etapas:

- *Etapa subaguda*: caracterizada por amenazas frecuentes y/o acciones de baja letalidad.
- *Etapa aguda*: con el suicidio consumado o un acto inmediato de alta letalidad.
- *Etapa crónica*: existen problemas de cumplimiento de las instrucciones médicas, obesidad, alcoholismo, tabaco, etc.

Dumas, en 1991, ha publicado un artículo, titulado «Ética y Suicidio», explicando las numerosas autolimitaciones que tiene el hombre, y que el instinto colectivo advierte cuando las vivencias exceden las posibilidades del medio, interrogándose si las conductas autodestructivas pueden denominarse en estas circunstancias suicidio o más bien suponen una *autorregulación instintiva de la especie*. El autor expresa su opinión sobre la esencia del suicidio, considerando el acto, en contra de quienes lo ven como una deshumanización y una aberración, más bien como un acto específicamente humano, donde alguien interrumpe la continuidad del destino general para tomar las riendas de su destino particular. Dice Dumas que todo suicida tiene sin duda una patología extrema que aniquila totalmente al «yo», pero justamente en ello existe aún la fuerza de pasar al acto del suicidio. El suicidio es la elección de un futuro imposible para la vida. Es una deliberación, o un acto brusco, en el que el sujeto se decide a detener el gasto, pues el coste sería insopor- table y vano. Supone una reflexión, o un impulso, que lleva al sujeto a no prolongar la demora de sus vivencias, porque piensa que ya no tiene fuerza para vivir en su compañía. Además, señala el autor, como el suicidio está inmerso en una paradoja, ya que aunque el hombre tiene libertad de decisión, simultáneamente, está impedido de tomar cualquier otra decisión, o indecisión ulterior.

Para los filósofos griegos, y específicamente para los estoicos, el suicidio es un momento fundamental del ejercicio de la libertad: la capacidad de escapar, cuando el quedarse supondrá cautividad. En esta línea, dice Dumas que la vida es un don amenazado, donde existe un «sobrepeso» de las amenazas o de lo peyorativo sobre los beneficios.

Además, es necesaria libertad de disposición y una libre aceptación de la muerte. La aceptación no es una conducta de servidumbre indigna, sino el coraje de dejar llegar la muerte, vista como un don, del que el sujeto no es el autor, pero sí el destinatario y el beneficiario. Y ésta es la forma adecuada para el autor de abordar el suicidio: la actitud, a través de la historia y del tiempo hacia el suicidio, es reveladora de la actitud hacia la vida; la vida no debe ser contemplada como un derecho ni como una obligación, sino como un don.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Las tasas de suicidio varían de un país a otro y en el tiempo en los distintos países, con notables oscilaciones, pero difícilmente superando, en los casos más graves, los valores de 50 por 100.000 habitantes, o reduciéndose, en los casos menos graves, a valores inferiores a 0,5 por 100.000 habitantes.

La media mundial está actualmente sobre valores de 10 por 100.000, lo que se corresponde con una media anual de cerca de 400.000 suicidios.

Los intentos suicidas se han estimado en un número como mínimo 10 veces mayor, lo que representa en un año al menos 4.000.000 de individuos.

En el contexto europeo, las variaciones de las tasas suicidas van desde los 2,97 suicidios/100.000 habitantes/año de Grecia, a los 39,97/100.000/año en Hungría, existiendo países como Irlanda, donde las variaciones en las tasas suicidas desde 1952 hasta 1977 se incrementaron en más del 100%. En general, en la mayoría de los países europeos las tasas suicidas tendieron a disminuir de los años cincuenta a los años sesenta, presentando un aumento evidente en los años setenta, que en los últimos años, aunque se fragmentan, se puede demostrar una tendencia clara al aumento en los años ochenta.

Otros países extraeuropeos mantienen en el tiempo una sustancial estabilidad de proporciones suicidas, como es el caso de EE.UU., Israel o Nueva Zelanda.

Observando la mortalidad específica anual por suicidio, se pueden aportar los siguientes datos. Con tasas por encima de 15 suicidios/

100.000 habitantes/año se sitúan países como Suiza, Francia, Austria, URSS, Hungría, Dinamarca, Finlandia o Bélgica (dentro de nuestro entorno cultural) (OMS, 1989). Entre 7 y 15 suicidios/100.000 habitantes/año están países como Canadá, EE.UU., Reino Unido, República Federal de Alemania, Suecia, Noruega, Islandia, Yugoslavia, Bulgaria, Japón, Australia, Uruguay, Puerto Rico y Checoslovaquia, entre otros (OMS, 1989). Mientras que este organismo internacional (OMS) sitúa las tasas menores (< 7 suicidios/100.000 hab./año) en la mayoría de los países iberoamericanos, España, Italia, Grecia, Israel, Kuwait o Mauritania.

Repasando factores implicados en el suicidio, parece que las causas principales que determinan el suicidio representan, en el 60-70% de los casos, la existencia de una condición de enfermedad física o psíquica. La enfermedad mental solamente forma el 40% de las causas de suicidio.

En general, las mujeres que se suicidan no suponen un número superior al 30-40% de los hombres suicidas. Por el contrario, los hombres que intentan suicidarse no sobrepasan más del 40-45% respecto de las mujeres.

Los métodos suicidas privilegian la implicación de la precipitación y el ahorcamiento, que constituyen el 60% de los mecanismos de muerte suicida. Evidentemente, se trata de modalidades de muerte que no requieren el uso de instrumentos ni de técnicas particulares y que, por el contrario, están disponibles y son practicables por la mayor parte de las personas.

En España, autores como Corbella y cols. (1978) refieren que las cifras de suicidio superan las proporcionadas por los organismos oficiales. Otros autores, como Aranda (1984) y Sarró (1985), coinciden en esta referencia y sugieren técnicas de mejora en la recogida de datos y fiabilidad estadística.

La tasa oficial de mortalidad por suicidio en España en 1987 ha sido de 5,7/100.000 habitantes (8,7/100.000 en varones y 3/100.000 en mujeres), según la OMS (1991).

Los datos de Cataluña en 1989 son de 7,9/100.000 habitantes (1,1% de las muertes totales), que representa el 15,7% de las causas externas de mortalidad (segundo lugar, después de los accidentes de tráfico) (Sarró, 1992).

En Oviedo, durante once años de seguimiento de la muerte por suicidio (1981-1991) (López García, 1993), se han obtenido tasas suicidas medias de 13,54 suicidios/100.000 habitantes/año (311 suicidios), lo que sitúa a esta población del norte de España a nivel de países como EE.UU., Canadá, Alemania, Japón, Australia, Suecia o Noruega, y con las tasas nacionales más elevadas de muerte por suicidio. Por sexos, es más frecuente el suicidio masculino (17,89 suicidios/100.000 varones/año) que el femenino (9,52/100.000 mujeres/año), aunque esta conducta en la mujer es muy habitual, en comparación con las proporciones genéricas que aportan otros suicidólogos. Los datos de suicidio según los distintos estados civiles señalan la máxima frecuencia en los estados de separación y divorcio, con tasas medias de 103,75/100.000/año, y en el de viudedad (49,65/100.000/año), aunque al relacionar esta variable con el sexo las frecuencias máximas se invierten, ya que en las mujeres es más frecuente el suicidio en la viudedad, con 31,57 suicidios/100.000 viudas/año, mientras que en los varones es la separación y el divorcio la situación que dispara la conducta suicida, con 273,57 suicidios/100.000 separados y divorciados/año. La edad que mayor riesgo de suicidio supone es la de las personas mayores de 69 años, con tasas de 72,82 suicidios/100.000/año, en tanto que la edad con menor número de suicidios es la de los menores de 20 años, con 1,54/100.000/año, comportamiento que va aumentando en cada década superior, con la frecuencia máxima ya señalada. Los métodos suicidas más utilizados han sido la precipitación desde alturas elevadas, con un 33,1% (especialmente en las mujeres, con un 43,1% de ellas que emplearon este método), y el ahorcamiento, con un 26,0% (sobre todo en los varones, que con un 29,9% supuso el procedimiento de muerte más frecuente en este sexo). De la muestra estudiada, el 66,2% de los suicidas presentaban algún diagnóstico psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, con un 43,4% (mujeres: 60,3%, y varones: 33,8%), seguida de la dependencia a sustancias tóxicas, especialmente el alcohol, con un 7,1% (que se eleva al 9,7% en el caso de los varones), las psicosis esquizofrénicas (4,8%) y los trastornos orgánicos o demencias (4,8%). Sólo el 30,9% de la población estudiada tenía alguna enfermedad somática, siendo las más frecuentes los tumores malignos y los problemas respiratorios crónicos, con un 7,1% de los casos. Además, el 99% de los sujetos había sufrido estrés psicosocial durante su vida (cuantificado en forma de acontecimientos vitales sufridos), presentando el 84,6% y el 88,1% de la población estrés durante el último año y el último mes de vida, respectivamente.

Pamblanco Lillo y cols., en la reunión celebrada en 1987, en Alicante, de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense, presentaron un estudio realizado sobre el suicidio consumado en el Partido Judicial de Alicante, entre los años 1979-1983, obteniendo 108 suicidios, distribuidos en 63 varones (58,33%) y 45 mujeres (41,66%), lo que corresponde a una tasa de 6,84 suicidios por 100.000 habitante y año. La mayoría de las muertes (52,70%) ocurren en las edades medias de la vida, entre 36 y 65 años de edad, con predominancia del estado civil de casado (61,11%). El lugar elegido para la realización del suicidio ha sido mayoritariamente el domicilio (58,33%) y los parajes alejados (20,37%), empleando la precipitación en 45 casos, el ahorcamiento (29 casos), las armas de fuego (11 suicidios) y la intoxicación medicamentosa (6 casos). En 17 casos dejaron manuscritos (12 varones y 5 mujeres), no siendo dirigido ninguno a la autoridad judicial, sino a familiares o amigos, con finalidad de expresar los motivos de suicidio, pedir perdón o disponer la situación *post-mortem*.

Gurpegui y cols. presentaron en el Congreso de la Sociedad Andaluza de Psiquiatría, celebrado en Granada en 1991, los resultados epidemiológicos preliminares de un estudio llevado a cabo sobre el suicidio en Andalucía. Los autores observaron la elevación de las tasas de suicidio consumado en una zona montañosa del interior de Andalucía, los Montes Orientales en Córdoba, Granada y Jaén (entre 27 y 39/100.000 hab./año), en comparación con las tasas que los investigadores denominan «zonas testigos» (entre 0 y 21,7/100.000 hab./año). Encuentran un aumento de la incidencia suicida entre la población adolescente, las edades tardías y el sexo masculino, con predominio como método suicida del ahorcamiento o suspensión mecánica.

Las tasas suicidas en 1983 fueron (por 100.000 hab. y año), según cifras oficiales (Anuario Estadístico de España de 1985): 10,1 en la provincia de Almería; 6,1 en la de Córdoba; 8,7 en la de Granada; 8,9 en la de Jaén; 3,2 en la de Cádiz; 3,1 en la de Huelva; 5,6 en la de Málaga, y 4,8 en la de Sevilla.

Los métodos preferidos por los sujetos de los Montes Orientales andaluces para consumir su muerte fueron, por orden de preferencia, el ahorcamiento, el arma de fuego, la sumersión, la precipitación y atropello ferroviario, el degollamiento, la ingestión de sustancias tóxicas y la intoxicación por gases.

Medina León y cols., por su parte, presentaron en el Congreso de la Sociedad Andaluza de Psiquiatría, celebrado en Granada en 1991, su

trabajo sobre determinación de zonas de riesgo en la epidemiología del suicidio, dentro de la provincia de Córdoba, estudiando las poblaciones de Iznájar y Zuheros. En el desarrollo de su trabajo encuentran como zona de riesgo suicida la población de Iznájar, encontrando relación estadísticamente significativa entre el suicidio y el sexo, estado civil, nivel cultural y edad.

El libro de Blumenthal y Kupfer (1990), titulado *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*, estudia la epidemiología y los factores de riesgo suicida (biomédicos, genéticos, ambientales, y también la psicopatología, personalidad, abuso de sustancias y enfermedades físicas); además de aportar estrategias de tratamiento (como la creación de grupos específicos por edades, para desarrollar la psicoterapia de apoyo, la aproximación cognitiva al suicida y estrategias de comunidad), y aportar un número determinado de resultados especiales (agrupación y media del suicidio, resultados internacionales, minorías y suicidio, suicidio en médicos, ética, sobrevivientes a suicidios, y las implicaciones del seguimiento e investigación suicida).

Otro estudio epidemiológico importante es el llevado a cabo por Castellan en 1991, que publicó el artículo «Diez años de estudios norteamericanos sobre el suicidio», que comprende desde 1980 a 1990. Para una población de 250 millones de habitantes, en los Estados Unidos de América, en 1980 existía una tasa algo mayor de 12/100.000 habitantes. Canadá, con una población diez veces menor, ese mismo año presentaba una tasa ligeramente superior a 15/100.000 habitantes. Los Estados europeos presentaban una media en ese año de 10 suicidios/100.000 habitantes. En los diez años, los EE.UU. presentaron una meseta ligeramente elevada, en tanto que en Canadá las tasas no cesan de crecer de forma cada vez más acentuada.

Castellan pone el punto de partida para el estudio en 1980, ya que con la llegada de Reagan a la presidencia de los EE.UU se marca una nueva era, donde las secuelas psicológicas de la guerra de Vietnam ya han sido superadas, América proclama su orgullo, sus ganas de vivir, su espíritu de empresa, su papel en el mundo; de forma que Castellan encuentra una hipótesis coyuntural seria sobre el clima moral y social, aunque el impacto sobre las conductas pueda ser difícilmente medido. Cinco ejes estudia la autora para comprender la evolución de las tasas:

- Las variables sociológicas y estadísticas.
- Las variables concernientes a los grupos, más clínicas:

- Grupos de sexo
- Grupos de edad
- Grupos religiosos o ideológicos
- Grupos que revelan alguna patología: psicológica, psiquiátrica o social

— *Los estudios claramente clínicos o socio-clínicos*, que se centran sobre factores acompañantes o determinantes de conductas suicidas, para llegar a teorías.

— El *desarrollo social* del suicida.

— El desarrollo privilegiado dentro del *grupo familiar*.

EE.UU., sobre el terreno *sociológico o estadístico*, es un país multinacional y multiétnico. De una localización geográfica o étnica a otra, las tasas suicidas varían apreciablemente. Los indios de Alaska, por ejemplo, superan más de 7 veces la tasa nacional, aunque de una manera general, y excepción hecha de los jóvenes, las tasas de autóctonos son inferiores a las de los blancos, con una tendencia actual a aproximarse. ¿Cómo explicar el suicidio de los jóvenes negros entre 18 y 24 años, con tasas elevadas, contrariamente a los hispanos que se encuentran en dificultades análogas? ¿Dificultades en la inmigración o en la integración? Si la inmigración se produce de un Estado a otro, el impacto global no es nulo, pero sí menor: un 1% de aumento de la migración corresponde a un 0,27% de aumento de las tasas suicidas. Cuando la inmigración es de origen más lejano, el impacto es siempre más importante, pero no de un aumento decisivo, lo que produce una larga controversia según las investigaciones.

Se piensa que la entrada en la nueva sociedad, que puede conllevar pobreza, miseria, etc., puede tener un resultado paradójico: a nivel estadístico, la correlación es directa entre el nivel de vida de un grupo y el suicidio. Por otra parte, se dice que cuanto mayor es el nivel de vida de un grupo, más se elevan en él las tasas por suicidio. La relación se aproxima más cuando se comparan el paro y el suicidio, confirmando lo que ocurre en la mayor parte de los países industrializados: Canadá, Francia, la antigua Alemania Federal, Japón, Suecia, etc. Pobreza y paro ponen en juego procesos psicológicos completamente diferentes, pero las investigaciones no estudian estas diferencias, tan interesantes.

Respecto al método suicida, la proporción de suicidios por arma de fuego ha aumentado en los últimos 25 años. Mientras este método se aborda como patrimonio del hombre, se está extendiendo lentamente entre las mujeres. Una legislación restrictiva de la posesión de armas de fuego, y con impuestos sesgados, ha conducido a una caída o descenso de estas tasas, pero a un aumento de las tasas por otros métodos: la precipitación, por ejemplo. Es una cuestión de disponibilidad: la accesibilidad al veneno hacía más frecuentes los envenenamientos en las culturas indias. Es verdad que una legislación especial sobre los gases de escape de los motores de automóviles no tendrá impacto en las tasas de suicidio por este tipo de intoxicación, porque no es un método seguido con gran frecuencia por los suicidas. Una circulación notable de catálogos de armas de fuego en un Estado coincide con una tasa más elevada de suicidio en toda la población, más que con la tasa de homicidio. No existe, pues, una agresividad indiferenciada.

Una originalidad sobre el terreno epidemiológico: en un estudio de los meses de septiembre y octubre desde 1940 a 1972, se observa que en los años de elección presidencial se asiste a una reducción del número de suicidios, una reducción menor de los accidentes y una reducción nula de los homicidios.

El suicidio parece un hecho masivo, y por tanto conocemos desde hace mucho tiempo, desde Emile Durkheim probablemente, qué difícil es comprender este hecho dramático.

En el *segundo eje: los grupos, por sexos*, las mujeres se suicidan en conjunto menos que los hombres y tienden más a la tentativa. Pero las tasas femeninas están en disposición de encontrarse con las tasas masculinas. Cuando el trabajo de la mujer se aproxima al del hombre, las tasas se acercan. Desde el punto de vista psicológico existen dos razones: la mujer parece doblarse bajo el peso de sus papeles y súbitamente siente una frustración cuando pierde su papel femenino, tiene un papel difuso y dilatado, y le falta tanto un modelo para el éxito como para el fracaso. El hombre en el enfrentamiento actual de sexos tiene un papel que está estrechándose, con una importancia decreciente.

Los homosexuales aparecen particularmente expuestos. En encuestas fiables, hacen de 2 a 7 veces más tentativas. Los problemas son bastante parecidos a los de los adolescentes suicidas, con alcoholismo o violencia sexual en la familia, y una escasa atención por parte de sus padres. Pero este grupo tiene también problemas específicos: una angustia personal incommunicable concerniente a los deberes sentimentales,

la dificultad de acceder a una identidad homosexual y un desarrollo generalmente hostil y despreciativo.

Por *edad*, aunque las tasas suicidas de personas de más de 65 años son las más elevadas, los estudios sobre jóvenes son 7 veces más numerosos. Es decir, la ansiedad social es grande, cuando la amenaza pesa sobre el futuro, y provoca inquietud de prevención.

En la serie de cohortes de suicidios establecida de 5 en 5 años de edad, la doble cohorte entre los 15 y los 24 años acusa un pico y se encuentra una progresión de año en año. La dificultad para establecer a través de las investigaciones un conjunto de hechos y de interpretaciones concordantes es máxima. Su base temporal, de doble sentido de años, de referencias y de edades, está totalmente cambiada de autor a autor. Para fijar las ideas: un autor establece que de 1961 a 1975 el suicidio entre los 15 y los 24 años ha aumentado un 13%, mientras que otro autor da, para la misma cohorte, en 1980, el triple desde 1950 y el doble desde 1970.

No se encuentran suicidios antes de los 5 años. Entre los 6 y los 14 años aumentan las tasas y se ven progresivamente jóvenes más familiarizados con la idea de la muerte, golpeados por la pérdida de una persona amada o por el sufrimiento de un abandono afectivo, desarrollando conductas que son señales o llamadas: fugas, accidentes, rarezas, humor alterado, agresividad, con cambios en sus comportamientos escolares, enfermedades psicosomáticas, dificultades de comunicación con quien trata de ayudarlos, conductas sadomasoquistas, hipersensibilidad, sugestionabilidad, baja tolerancia a la frustración, e imaginación mórbida, en una ensoñación diurna acentuada. Todo esto se produce en un momento donde, por la edad, no han madurado aún los mecanismos de defensa y de protección.

En el primer tramo sensible, entre los 15 y los 19 años, se ha realizado una investigación interesante en jóvenes que se habían escapado de su casa, presentando un 30% una tentativa suicida anterior. Simultáneamente, describen a sus padres como violentos, antisociales o susceptibles de abusos sexuales de impacto dramático, que conduce a la pérdida de la estima de sí mismos —ya difícil de mantener en las exigencias del desarrollo y de la sociedad—, de los padres y de la escuela. Por otra parte, encuentran que este creciente demérito pone en juego el amor de personas significativas. Sobreviene un estrés suplementario que deja al joven desamparado. Todos los suicidas de este tramo de edad tienen problemas múltiples: en el colegio, con los padres, con los amigos, con

siguio mismo, con sus parejas sentimentales, etc., de forma que el autorretrato social es característico. Su tipología sería la del muy joven que se desespera, el psicótico, el que está en fase de crisis buscando una comunicación. Se puede ver cómo esta cohorte se diferencia de la precedente. La depresión adolescente juega aquí un papel que será mucho menos puro en una edad más tardía.

El adulto joven, pasados los 20 años, tiene un «Yo» más sólido, lo que le permite discernir la importancia de las ideas de suicidio, que preceden durante mucho tiempo al acto —la importancia de tentativas anteriores ligadas a instantes de desesperanza, en una palabra, el peso de la desesperación del niño que hay en el adulto—. No se debe creer que «los que hablan no lo harán»: la verbalización es una señal de alarma. No existe una tipología de personalidades suicidógenas a estas edades. Todo se reduce, en cada caso, a los golpes de la vida y la capacidad de invención, y de ajuste del adulto a un nuevo equilibrio.

La brusca elevación de tasas a partir de los 55 años, y sobre todo a partir de los 65 años, hace surgir factores muy diferentes: el temor a la enfermedad, la impotencia, la dependencia, la soledad, una mayor familiaridad con la idea de la muerte, y también una complicidad social superior en este problema. Los investigadores se dedican más a subrayar los límites del maternalismo y el paternalismo, y la preocupación de «no privar de la iniciativa de la propia muerte». La preocupación de la prevención en los jóvenes refleja una diferencia: les falta la intención de morir en algún aspecto. Se puede pensar en una interesada defensa inconsciente, en forma de racionalización, contra una tentación mortal, aflorando el gran juego, en nombre de culturas que tradicionalmente saben desembarazarse de sus viejos. Es a estas edades cuando aparecen los suicidios de cónyuges, los «pactos de suicidio», como un viejo cuplé, unidos hacia la muerte —compuesto generalmente por uno de los miembros, sobre todo el hombre, que toma la iniciativa, y de un compañero que fue siempre dependiente, y que no concibe la vida sin su guía—.

Las notas suicidas, estos mensajes que los suicidas dejan en su final, son elocuentes. Se cristalizan fundamentalmente en estas edades. Los suicidios de los jóvenes (a los 20 años), en su deseo esgrimido de morir, hablan, sobre todo, del acto que llegará. Firman sus mensajes y se explican poco. Los suicidas de más edad (de 50 ó más años), hablan sobre lo que sienten, no firman sus mensajes y ponen disposiciones para después de su muerte. Pero sobre todo, voluntariamente o no, el texto deja ver

factores activos en su historia vital, desde los 20 años. En otras ocasiones, como ya se ha dicho, es el peso de la desesperación del niño que hay en el viejo, como aquella que tenía el niño existente en el adulto.

Pocas cosas sobre los *grupos profesionales*, aparte de algunos estudios en la Armada y sobre todo en la Marina. Los «Marines» tienen una puntuación doble o triple que otros «Cuerpos Navales». Los reclutas son más jóvenes, tienen menos tiempo de servicio y por ello también más bajas redes sociales amistosas, y se enrolan más por criterios de inmediatez y de reacción.

La *religión* ha sido objeto de atención desde que Durkheim predijo su influencia, como función de sostenimiento de la vida. Esto ha sido invalidado, pues las tasas suicidas entre católicos y protestantes, diferentes según este autor, son muy semejantes. La población judía se suicida mucho menos: sus tasas son la mitad que las de los no-judíos; además, los suicidios son realizados por personas ancianas, y son hechos curiosos, que tienen lugar sobre todo en judíos medios u homogéneos, sin que se pueda dar una explicación.

Los *grupos patológicos* han dado lugar a numerosos estudios. Dentro de los grupos psiquiátricos clásicos, alguno se distingue por el método suicida. La tentativa con arma blanca aparece en los sujetos más psiquiatrizados pero con menos intención real de morir que otros. También el suicidio con armas de fuego aparece en sujetos más psiquiatrizados, que habían realizado otras tentativas con otros métodos. Los alcohólicos y los toxicómanos tienen más ideas suicidas y tentativas más numerosas que la media. Todos estos grupos a su vez presentan un cierto número de trastornos de personalidad clásicos, como personalidad antisocial, gran impulsividad, una baja tolerancia a la frustración, o dificultades de comunicación y ajuste al entorno. En patologías sufridas dentro de penitenciarías, los delincuentes suicidas se ajustan a la desesperación (más que a la depresión), sobre todo cuando son jóvenes. Más exactamente, los que se suicidan tienen una gran patología de adaptación social —y los que amenazan con suicidarse tienen una puntuación más alta en los *ítems* de depresión, sin llegar a tener un diagnóstico de depresión característica—.

En el *tercer eje*, el de la *interpretación* y de las *teorías*, de estudios *clínico-sociales*, Durkheim había establecido la reflexión mundial sobre el suicidio, con su teoría de las tres clases de suicidios: egoísta, anómico y altruista. Esta reagrupación, con la situación actual, no es aplicable, sobre todo en los dos tipos primeros, desde que las estructuras

sociales cambiaron con el debut del siglo. Entonces, ¿cuáles son los factores de riesgo, que pueden predecir un suicidio?

- Una tentativa aumenta un 32% el riesgo de una tentativa posterior, con una débil disminución del riesgo en el caso de una tentativa seria que haya entrañado una gran proximidad a la muerte.
- La incitación y la imitación del suicidio, después de haber existido casos de suicidio colectivo, están desfasados, como si los jóvenes se hubiesen distanciado de su imagen. El suicidio de masas requiere, en efecto: una unidad profunda y un relativo aislamiento del grupo, una obediencia ciega a un líder sobre la base de una ideología, y la posibilidad, para el líder inicializador del suicidio, de actuar muy rápidamente: todo debe ser terminado en un tiempo muy breve. Condiciones excepcionales.

La mayoría de los estudios no se basan en configuraciones psicológicas profundas, comportamentales o verbales, que acompañan a las conductas suicidas. El suicidio llamado «racional» o autónomo se reclama para quien realiza un cálculo lógico de los beneficios de tal conducta, ante los costes de la misma. Los investigadores han concluido que esto es un falso parecido a la racionalidad, pero que entraña una trama irracional. Se han encontrado ciertas condiciones físicas, hereditarias, frustraciones precoces, una pérdida de la estima personal, gran dependencia afectiva, poca felicidad y relaciones familiares perturbadas. Además, se encuentran características de personalidad, como la rigidez: incapacidad de transformación, estableciéndose un sistema de pensar de una vez por todas, como en los escritos de Cesare Pavese o de Enrique de Montherlant. Un suicida racional no realiza un acto normal, en la medida en que su actuación tiene consecuencias imprevisibles sobre el entorno y sobre la sociedad.

Otras características personales entran en juego en las distintas variedades, no sólo en las personas, sino también en las investigaciones. Los candidatos al suicidio sitúan el «locus de control» como exterior a ellos, en una dependencia externa. De este tipo son las ataduras sociales: decepciones, incompreensión conyugal, familiar o de otro tipo, duelos, fracasos y disminución de la estima personal. Esto se combina con un sistema reaccional muy frágil, de irritabilidad y de impulsividad. Las características depresivas están presentes en los hogares de los adolescentes. Esto va unido al plan cognitivo, con un pensamiento lleno de representaciones negativas, de errores de apreciación y de juicio, un sistema incapaz de rectificación y de negociación, poco hábil para encontrar

un sentido a las cosas y a las situaciones. La única salida es la huida, que conduce al fracaso narcisista. La mayoría de los autores señalan que mediante las tentativas suicidas (en las que se puede interrogar *a posteriori*) existe menos voluntad verdadera de morir que un deseo de llamar la atención, de manipular el entorno. La mayor parte de los sujetos imaginan el efecto que después de su muerte se produciría en aquellos que ellos dejarían, esperando de ello poder afirmarse en sí mismos sin cambiar nada y sin ajustarse en la comunicación con quienes ellos consideran poco capaces.

Resumiendo, existe un factor intermedio entre lo social y lo personal: el aislamiento, el retraimiento. El sujeto se encuentra con necesidades sociales y con circunstancias sociales difíciles, y la retracción del sujeto es un signo bastante esclarecedor que debe alertar al entorno.

Cuarto eje: el entorno. Como los suicidios juveniles y de escolares son los más dramáticos, los profesores se esfuerzan en la detección precoz. Sus investigaciones tienen finalidad de observación, pero no intervienen activamente. Respecto a la vida privada de sus alumnos, a los sentimientos de incompetencia, al discomfort personal bajo esa carga emotiva, los profesores se atienen a su papel, las menciones académicas. Todo el entorno escolar, universitario, y los amigos (suele ser a ellos a quienes se confían los suicidas), carecen de una formación específica de detección precoz.

El impacto del suicidio sobre el entorno del suicida es grande, va más allá del duelo, más lejos del encuentro con la muerte. La muerte voluntaria representa para cada uno problemas activos, casi filosóficos, entre vida y muerte. Un estudio original, interrogó a directores de empresas funerarias sobre el comportamiento de la familia de suicidas. Las respuestas y las reacciones son típicas en caso de muerte por suicidio. Se observa vergüenza, una discreción rodeada de culpabilidad de los más próximos al suicida, y en casa de sus amigos una mayor dificultad en expresar su simpatía, con menor sinceridad en ella. En el hogar de jóvenes instituidos, en lugares restringidos, se ve cómo se desarrolla una familiaridad nueva con la idea de la muerte, que puede entrañar el aumento de las tentativas.

El *último eje: la familia*, está continuamente dentro del discurso de los jóvenes suicidas, como fracaso de su función de apuntalamiento. Los hechos son repetitivos: abusos sexuales, violencias, abandonos o, más sencillamente, ausencia. La mayoría de las veces se plantean situaciones más vagas, más generales: incomunicación —sobre todo con la

madre—, indiferencia, baja comprensión, disarmonía en la pareja que deja al sujeto desorientado, sin dirección, y que mina el sentido que da a la vida. Por otro lado, la tristeza, cuando existe una fuerte presión entre los padres, y también en la escuela, hace pesar una amenaza suplementaria sobre el amor de personas importantes, y sobre la estima personal. El suicidio supone aquí un estrés menor.

Los padres indignados proporcionan testimonios que muestran opacidad en la demanda de los jóvenes suicidas. Muestran sorpresa por este acto, aunque notaron algún pródromo que ellos no sitúan en el entorno, sino en características de la personalidad del suicida: morosidad, desmotivación, retraimiento. Cuando se producen tentativas, se atienden intervenciones para el futuro que retomen la situación y niegan con facilidad una verdadera voluntad de morir. Existen dos tipos de familias en las investigaciones más recientes: las familias que apenas se preocupan por el joven, pero también familias cerradas sobre sí mismas, fusionadas, asfixiantes. Bajo estas dos modalidades opuestas se produce la crisis de separación-individualización. Historias de suicidio circulan en la familia, con valores de incitación sobreañadidos.

Finalmente, debe añadirse el impacto del SIDA, de la seropositividad. Es posible que los suicidios de quienes tienen el SIDA se inscriban en parte en las tasas más elevadas de homosexuales con parejas múltiples.

En *Canadá* lo que primero se evidencia es un número mucho menor de investigaciones, que coinciden con una población diez veces menor. Los canadienses se suicidan mucho más que las canadienses a todas las edades. Por ejemplo, en 1983, el máximo encontrado ha sido 28,8/100.000 en el caso de los hombres, contra una tasa de 8,6/100.000 en las mujeres. El pico de suicidios en jóvenes se sitúa en el tramo de edad entre los 20 y los 29 años, con el triple en su tasa que entre los 10 y los 19 años, tanto en las mujeres como en los varones. Igual que en los EE.UU., entre los 60 y los 70 años es donde se establecen las tasas más elevadas. Estas constataciones corresponden a un corte hecho en un momento preciso. Por otro lado, la incidencia creciente del suicidio es acumulativa. Esto significa que no se observa un riesgo marcado en el curso de un período preciso de la vida, pero sí un aumento del riesgo en cada generación sucesiva, está presente durante toda la vida.

Desde el punto de vista de grupos provinciales, se asiste desde 1980 a un curioso aumento de las tasas de Este a Oeste. Esta tendencia con los años presenta un aumento general.

En el aspecto psicosociológico se distinguen cuatro determinaciones bien conocidas: las características sociales de la cultura, la desorganización social, los avatares de la situación profesional y el medio familiar.

Al considerar los procesos de inmigración, el pertenecer a un grupo de origen particular es imperfectamente seguido por las estadísticas de mortalidad canadienses: el inmigrado lleva consigo la propensión al suicidio de su grupo de origen (lo que se puede llamar el «factor suicidógeno»); además, la probabilidad relativa de que una persona se suicide un día u otro puede ser una característica adquirida que el inmigrante lleva con él a su país de adopción, como un *virus lento* que no se manifiesta hasta años más tarde.

La inmigración reenvía al segundo factor encontrado, la desorganización social, que está ligada a la movilidad económica y que entraña la ruptura, a través de recursos relacionados con el alcohol y la droga, que combaten la intolerancia a la frustración y la inestabilidad afectiva. La desorganización puede estar ligada también a una ruptura del desarrollo «in situ», como una pérdida de empleo, un divorcio o el alejamiento de los niños. Se encuentran la soledad y el retraimiento en el fondo del crisol.

La situación profesional influye menos bajo el aspecto de la categoría profesional que bajo aquel de la satisfacción en el trabajo (un número considerable de hombres tienen problemas profesionales enormes poco antes del suicidio). La relación entre la carrera profesional y el suicidio es mucho menos visible en las mujeres, aunque muestran una correlación positiva en la actualidad. La correlación entre las tasas de paro y las tasas de suicidio por provincias se confirma. En Québec se ha producido un efecto en los últimos diez años de profunda mutación, donde una estructura estable y rural se ha encaminado hacia una transformación en la que se aproxima al Canadá inglés, con todos sus avatares. Pero el análisis se complica al estudiar las provincias marítimas, que presentan simultáneamente una tasa de paro muy elevada y una tasa suicida que es inferior al resto. Se cree que es debido a que la cultura de estas provincias, desde hace mucho tiempo, está integrada en una sobrevivencia ligada a la mar, en un desarrollo familiar y social bien preparado, sin desprestigiar el juego de la buena asistencia. El tejido social, lejos de relajarse o romperse, se condensa.

Los determinantes familiares se reencuentran en los EE.UU. y en Canadá, y los autores toman siempre la edad y la función de apoyo de la familia. Si se produce una tasa elevada de suicidios en los solteros, mu-

cho más elevada es aún en los divorciados o en la viudedad, y es elevada también en las uniones no familiares, compuestas de parejas que viven juntos sin formar una familia. Por el contrario, las tasas disminuyen en los casos de familias monoparentales, como si la presencia de niños constituyese un primer resorte o un vector de futuro, generadora de una anticipación de sentido.

La patología somática, sobre todo la dolorosa y la invalidante, se ha comprobado como determinante suicida en personas añasas, pero no en jóvenes adultos, sin que sea fácil saber si su planteamiento está médicamente fundado o se toma como un malestar que se traducirá en un abordaje mal definido. La población de estudiantes ha requerido particularmente la atención, y 8 de cada 10 suicidas, en todos los tramos de edad, consultan a un médico en los 3 meses anteriores al acto. Estos estudiantes se quejan de problemas gástricos, de dolores en el pecho, en las articulaciones y en la espalda, de molestias en la cabeza y de insomnio. Fijándose en los problemas crónicos, éstos se encuentran en la esfera génito-urinaria —¿debemos pensar en enfermedades de transmisión sexual?—, respiratorios (especialmente asma) y desvanecimientos. También existen problemas psicológicos de transición psicosomática: ansiedad, depresión o tendencia a ella, sobre todo en los más jóvenes, con dificultades emocionales. No debe olvidarse la mención frecuente de estrés variado en el discurso de los jóvenes suicidas, con gran sensibilidad al fracaso, o a la acumulación objetiva de ellos. Se encuentran disforias inspiradas por el desarrollo familiar menoscabado, por el desarrollo escolar y universitario inactivo, sobre todo en internados, y finalmente por la falta de apoyos psíquicos que conllevan un sentimiento de soledad.

Cada acto suicida revela una dinámica y un significado específico que juegan sobre factores comunes, que sirven no por adicción pero sí por combinación, como una alianza catastrófica de elementos universales que hacen difícil la previsión, para la necesaria prevención.

Otra suicidóloga de relieve, Kovess, publicó en 1991 un artículo sobre epidemiología del suicidio, exponiendo en él cómo las tasas de suicidio son un indicador de la salud mental de una sociedad y un tema privilegiado de la salud pública, que mide la influencia del contexto social sobre el suicida. La autora señala cómo el fenómeno del suicidio se apoya, en general, en estudios estadísticos que, basados en un fenómeno de salud mental, son mucho más fácilmente accesibles a los no psiquiatras que a la epidemiología psiquiátrica en su conjunto, en tanto que la

mortalidad por suicidio no es accesible a la prevención, en la medida que reposa en un acto decidido por el individuo y no sobre un proceso mórbido que pueda ser tratado. La intrincación con lo social hace del suicidio un tema de los Tratados de Sociología y de Historia. Todos los estudios están basados en la interpretación de estadísticas, y la autora pretende en su artículo mostrar los límites y el interés para seguir presentando resultados de estudios, expresando los problemas metodológicos para la cuantificación del fenómeno, después de estudiar variables habitualmente consideradas para comprender el suicidio como:

- Las características del individuo: edad, sexo, estado civil, categoría socio-profesional.
- Su desarrollo: país, región, medio urbano o rural, grado de aislamiento;
- El contexto: lugar, patología asociada, métodos.

Además, primero realiza una definición precisa del suicidio: «Todo acto realizado voluntariamente por un individuo, con el fin consciente de quitarse la vida, como salida fatal». Para poder hablar de suicidio es necesario poder evaluar la intención, lo que no es siempre fácil *a posteriori*. La evaluación del suicidio se enfrenta a diferentes obstáculos que influyen en la validez de las tasas de suicidio:

1. Disimulación voluntaria

Puede ser disimulado voluntariamente por la familia por razones morales o religiosas. En ciertos países, especialmente los católicos, las tasas suicidas son sistemáticamente evaluadas a la baja. Por ejemplo, en Francia, en el último siglo, se ve recientemente cómo existe tendencia a disimular este hecho, en la medida que el suicidio como pecado mortal pueda hacer que se rechace el enterramiento religioso y conllevar atentados a la reputación de una familia.

Otras razones pueden llevar a una familia a disimular el suicidio: los seguros de decesos sobrevienen inválidos por suicidio, y la familia no puede beneficiarse de ninguna prima en caso de muerte voluntaria.

Es más raro que el médico que certifica la muerte, disimule el suicidio, ya que en Francia este certificado es absolutamente confidencial y va inmediatamente en sobre cerrado y anónimo, al registro de defunciones. El médico que certifica, puede, por tanto, declarar el suicidio sin que la familia y las compañías de seguro tengan forzosamente que conocer esta declaración.

También el propio suicida puede buscar la disimulación de su futuro y último acto vital, y para evitar la tortura de su familia puede conscientemente camuflar su suicidio bajo la forma de accidente.

2. Disimulación involuntaria

Es en 1968 cuando la C.I.E. distingue el suicidio y la defunción de causa indeterminada, en la que se encontraban toda suerte de causas de los suicidios. Se ha acuñado una categoría de defunción como muerte violenta «indeterminada en cuanto a la intención», que es relativamente más próxima al suicidio que la categoría general de causa indeterminada, que comporta las tentativas que llevaron a la muerte, aunque la intención no fuese evidente.

La única forma de clasificar correctamente estas muertes es la pericia médico-legal, cuando la participación de una tercera persona no se sospecha, o si el deceso ocurre en circunstancias particulares: la muerte no es señalada por los parientes y el cadáver es descubierto secundariamente. Se produce un interrogatorio policial y una pericia médico-legal. Este procedimiento permite corregir la causa de la muerte y colocarlo en la categoría adecuada, pero es un procedimiento relativamente largo, que pasa por un circuito administrativo diferente según sea el certificado, pero que no es corregido secundariamente después de los resultados de la pericia. Así las autoridades judiciales disponen de unas tasas de suicidio por las pericias médico-legales, mientras que los registros de defunciones disponen de otras tasas.

En 1980, Davison y Philippe realizaron un estudio en la región de Lyon sobre el proceso seguido por los certificados de defunción. Durante este año, y tras un seguimiento metodológicamente muy serio, encontraron que se habían declarado 122 suicidios, en tanto que ellos descubrieron 286, de los que 15 habían sido encasillados en la categoría de «causas indeterminadas» en cuanto a la intención de muerte, y 131 en-

**Cuadro 1. TASAS DE SUICIDIO POR 100.000 HABITANTES EN 62 ESTADOS
(DATOS DE 1980 A 1986)
DATOS DE LA OMS, EN DIEKSTRA, 1989**

Hungría	45,3	Uruguay	9,6
Alemania	43,1	Irlanda del Norte	9,3
Sri Lanka	29,0	Portugal	9,2
Austria	28,3	Inglaterra & Gales	8,9
Dinamarca	27,8	Trinidad & Tobago	8,6
Finlandia	26,6	Guadalupe	7,9
Bélgica	23,8	Irlanda	7,8
Suiza	22,8	Italia	7,6
Francia	22,7	Tailandia	6,6
Surinam	21,6	Argentina	6,3
Japón	21,2	Chile	6,2
R. D. Alemana	19,0	España	4,9
Checoslovaquia	18,9	Venezuela	4,8
Suecia	18,5	Costa Rica	4,5
Cuba	17,7	Ecuador	4,3
Bulgaria	16,3	Grecia	4,1
Yugoslavia	16,1	Martinica	3,7
Noruega	14,1	Colombia	2,9
Luxemburgo	13,9	Mauritania	2,8
Islandia	13,3	República Dominicana	2,4
Polonia	13,0	México	1,6
Canadá	12,9	Panamá	1,4
Singapur	12,7	Perú	1,4
EE.UU.	12,3	Filipinas	0,5
Hong-Kong	12,2	Guatemala	0,5
Australia	1,6	Malta	0,3
Escocia	11,6	Nicaragua	0,2
Holanda	11,0	Papua-Nueva Guinea	0,2
El Salvador	10,8	Jamaica	0,1
Nueva Zelanda	10,3	Egipto	0,1
Puerto Rico	9,0	Antigua & Barbuda	—

cuadrados dentro de «causas desconocidas» de la muerte. Esto, según los autores, puede explicar la diferencia de tasas entre París y otras regiones francesas, ya que en la capital francesa se tiene una mayor urgencia en estudiar los suicidios, y las muertes por causas indeterminadas es tres veces mayor en París que en otras regiones, y puede ser ahí donde se encuentran las diferencias de tasas.

**Cuadro 2. MORTALIDAD POR SUICIDIO EN 1987, EN LA ALTA VIENA,
EN FACY Y COLS. (1990)**

Edad	Tasa-Varones	Tasa-Mujeres
20 años	20/100.000	8/100.000
30 años	32/100.000	12/100.000
40 años	40/100.000	18/100.000
50 años	50/100.000	20/100.000
60 años	48/100.000	20/100.000
70 años	55/100.000	28/100.000
80 años	110/100.000	32/100.000
95 años	145/100.000	30/100.000

**Cuadro 3. MUERTES POR SUICIDIO EN LA MORTALIDAD GENERAL,
EN 1987 EN LA ALTA VIENA, EN FACY Y COLS (1990)**

Edades	% en Varones	% en Mujeres
15-19 años	9	8
20-24 años	15	11
25-29 años	19	16
30-34 años	22	15
35-39 años	18	13
40-44 años	11	10
45-49 años	9	8
50-54 años	6	7
55-59 años	4	5
60-64 años	3	3,5
65-69 años	2,5	2,7
70-74 años	2	2
75-79 años	1,5	1,2
80-84 años	1	0,5
86 o más años	0,8	0,1

En Québec (6 millones de habitantes), en 1979, la mortalidad por suicidio entre los 15 y los 19 años, en ambos sexos, fue de 83 personas (68 varones y 15 mujeres). En la región del Gran Norte del Canadá, en esta edad, las tasas son de 50 suicidios/100.000, lo que supone el triple de Québec a estas edades (16/100.000). Las variables demográficas están implicadas: los viudos son más numerosos en las edades avanzadas y los divorciados más numerosos en zonas urbanas, por ejemplo.

Cuadro 4. TASAS DE SUICIDIO DEL SEXO MASCULINO (1985-86), DATOS DE LA OMS, EN DIEKSTRA (1989)

País	16-29 años	30-59 años	> 60 años	Total
Australia	26,1	22,3	28,6	25,7
Bélgica	22,7	38,6	85,8	49,0
Bulgaria	14,0	22,8	102,5	46,4
Canadá	25,6	26,2	28,2	26,7
Checoslovaquia	18,1	43,4	79,7	47,1
Dinamarca	24,3	47,1	72,5	48,0
Inglaterra & Gales	10,5	16,7	19,9	15,7
Francia	22,7	41,5	93,7	52,6
Alemania Federal	19,7	32,3	59,2	37,1
Hungría	33,5	98,3	156,9	96,2
Irlanda	15,9	15,9	16,1	16,0
Japón	18,4	40,3	64,7	41,1
México	4,3	4,1	9,6	6,0
Países Bajos	10,0	17,7	37,7	21,8
Nueva Zelanda	19,6	18,5	33,1	23,7
Escocia	15,8	23,4	21,1	20,1
Singapur	12,7	18,1	99,4	43,4
EE.UU.	22,6	23,6	43,4	29,9
Venezuela	10,9	13,4	23,4	15,9

Tasas de suicidio

En 1987 se han registrado en Francia 12.161 suicidios, lo que supone una tasa de 22,7/100.000 habitantes, colocando a este país en 9.º lugar, después de países como Hungría, Alemania Federal, Austria, Dinamarca y Suiza (ver Cuadro 1).

Tasas de suicidio y características socio-demográficas

Sexo y edad: Las tasas de suicidio son de 31,7 para los hombres y 12,5 para las mujeres. En Francia la curva progresa claramente con la edad, presentando el 55% de los suicidas más de 50 años (Davidson y Philippe). Rance, Lhoste y Coudert han constatado en la región de la Alta Viena la clara progresión del suicidio en mayores de 85 años (ver Cuadro 2). Aunque estos mismos autores subrayan que la mortalidad debida al suicidio, dentro de la mortalidad general, es mayor en el caso de los jóvenes (Cuadro 3).

Cuadro 5. TASAS DE SUICIDIO POR EDADES Y ESTADO CIVIL EN VARONES, EN FACY Y COLS. (1990)

Edades	Solteros	Casados	Viudos	Separ./Divorc.	Total
15-24 años	14,5	17,1	—	66,9	14,7
25-34 años	44,5	21,6	104,	65,1	33,8
35-44 años	73,8	28,7	112,0	76,6	41,7
45-54 años	90,5	34,6	127,0	84,9	47,3
55-64 años	83,1	35,0	116,2	71,4	45,8
65-74 años	91,6	42,9	132,6	68,0	56,6
75-84 años	114,1	75,9	204,5	108,5	109,5
> 84 años	78,6	85,7	210,1	87,3	146,4
Total	34,0	34,3	167,6	76,0	62,0

Cuadro 6. TASAS DE SUICIDIO POR EDADES Y ESTADO CIVIL EN MUJERES, EN FACY Y COLS. (1990)

Edades	Solteras	Casadas	Viudas	Separ./Divorc.	Total
15-24 años	4,2	3,6	—	16,2	4,1
25-34 años	16,3	6,5	45,8	15,1	9,8
35-44 años	31,0	10,6	24,6	25,7	14,2
45-54 años	30,3	16,7	33,7	27,2	19,4
55-64 años	24,5	15,6	31,0	24,5	19,3
65-74 años	19,3	15,4	34,9	34,8	23,5
75-84 años	23,7	25,6	32,0	29,4	29,5
> 84 años	15,2	10,7	30,4	21,3	27,2
Total	10,8	12,4	32,3	24,5	15,4

Mientras la distribución del suicidio por sexos (tres veces superior en el hombre) es constante en todos los países, la distribución por edades es muy distinta. En el Cuadro 4 se muestra que el suicidio en varones ancianos no se encuentra en países como Australia, Canadá, Irlanda o Escocia, mientras que en otros este fenómeno es mucho menos acentuado.

Estado civil: Facy y cols. conjugaron el estado civil con la edad y el sexo, observando la sobremortalidad por suicidio en viudos y divorciados. La influencia de la edad es mucho más sensible en el caso de los

**Cuadro 7. TASAS DE SUICIDIO, SEGÚN PROFESIÓN Y EDAD, EN VARONES,
EN FACY Y COLS. (1990)**

Profesión	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Agricultura	24,5	29,5	27,6	52,0	102,8
Industria	6,6	25,3	34,2	34,0	50,8
Mandos Sup.	32,1	10,0	16,1	18,3	28,2
Prof. Inte.	8,5	14,1	21,3	19,8	23,8
Empleados	22,6	39,9	53,8	66,8	97,3
Obreros	15,8	29,8	39,0	45,8	75,1
Otras	13,5	239,9	336,4	219,6	89,6
Total	14,7	32,5	39,1	44,2	44,3

**Cuadro 8. TASAS DE SUICIDIO, SEGÚN PROFESIÓN Y EDAD, EN MUJERES,
EN FACY Y COLS. (1990)**

Profesión	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Agricultura	5,9	8,5	8,9	19,5	42,3
Industria	17,8	4,9	7,6	10,3	19,0
Mandos Sup.	—	4,5	15,2	7,3	10,7
Prof. Inte.	3,9	8,2	12,9	12,7	8,7
Empleados	3,5	7,1	10,6	11,1	21,73
Obreros	3,1	4,5	8,5	14,7	16,0
Otras	4,5	18,5	23,6	31,5	21,3
Total	4,1	9,8	14,5	19,3	19,3

hombres, que se suicidan más cuanto más edad tengan, en tanto que, en las mujeres, son las viudas las que presentan las tasas más altas de suicidio a todas las edades, pero sobre todo las jóvenes (25 a 34 años), según se muestra en los Cuadros 5 y 6.

Rance, Lhoste y Coudert notan la influencia de la viudedad en las personas de edad avanzada, particularmente en los hombres de más de 75 años, en los que el suicidio sucede al año siguiente de la muerte de su esposa.

Categorías socio-profesionales: Facy y cols. presentan los datos por categorías socio-profesionales según la distribución por edad y por sexos. Estos datos no comprenden a los mayores de 65 años, según su

profesión anterior, pues probablemente estos datos no estarían disponibles, aunque los suicidios en ellos son numerosos (cuadros 7 y 8). El suicidio parece afectar poco a los mandos superiores, excepto en el tramo de edad entre los 15 y los 24 años, que tienen la proporción más alta de suicidios, por profesiones a esta edad; sin embargo, es necesario estudiar este factor, en trabajos que tengan mayor duración para poder confirmar este dato. Por otra parte, se puede observar también una sobremortalidad en los varones agricultores y empleados de más de 55 años. Es de subrayar el suicidio en la categoría llamada «Otras», que contiene los parados y las personas inválidas con los enfermos mentales graves. En este punto, las relaciones entre paro y suicidio son bien resumidas por Philippe (1988), que piensa que es innegable que todos los estudios consagrados establecen la evidencia entre paro y suicidio, pero no se puede establecer una ligación simple entre estos dos fenómenos. De una parte, porque a pesar de que las correlaciones sean innegables, éstas se producen en un país donde el paro no es especialmente elevado, y el aumento que se produce en el suicidio es frecuente, en parte porque los efectos del paro dependen de la inserción de los individuos en la colectividad y de las medidas de protección con que se benefician; por otra parte, porque es difícil evaluar hasta qué punto existe patología mental anterior al paro, que haya en parte provocado el suicidio. Otros factores que entran en juego son la duración del desempleo, la clase social del parado o la tasa de paro de la población. Parece, por ejemplo, que el paro es fácilmente asumido en un contexto de crisis económica generalizada que hace que el fenómeno sea menos autculpabilizante.

Tasas de suicidio y desarrollo

La comparación de tasas suicidas entre el medio rural y el urbano, en este estudio, debe ser prudente, ya que las tasas de defunción por causa desconocida son mucho más elevadas en la ciudad. En Francia, mientras que la Isla de Francia tiene las tasas más bajas, son 3 regiones (Bretaña, Normandía y la región Norte) las que constantemente presentan las tasas más elevadas, que van decreciendo, a medida que se desciende hacia el Sur. La mortalidad por suicidio está aumentada, en las personas ancianas en la región del Loira y en Cher, así como la de los varones adultos (entre los 25 y los 55 años), en Bretaña.

El estudio de Chaperon señala un aumento significativo del suicidio en los jóvenes, en que las tasas se multiplican por 3 en el caso de los va-

rones y por 4 en el de las mujeres (entre 15 y 24 años), de los años de 1953-55 a los años de 1981-84. Respecto a estos datos, Choquet señala una multiplicación por dos de estas cifras en toda Francia. Un estudio realizado en Italia entre 1977 y 1981, en la región de Turín, pone en evidencia el aumento de suicidio en las regiones montañosas: en la ciudad de Turín, 9,54 suicidios/100.000 habitantes; en localidades a 20 km., 9,59/100.000; en localidades a 30 km., 10,15/100.000; en localidades a 40 km., 14,14; en localidades con menos de 1.000 habitantes, 12,29/100.000; y en localidades situadas a 1.000 m. de altitud, 18,07/100.000.

El suicidio desde comienzos de siglo

Si el aumento del suicidio en los jóvenes es un fenómeno preocupante, diversas estadísticas demuestran que los jóvenes presentaban tasas altas en el primer cuarto de siglo, tanto en EE.UU., o en Holanda, como en Francia, situadas en estos años entre 12 y 16 suicidios/100.000, cifras que descendieron con posterioridad, para en la década de los setenta empezar a elevarse de nuevo y llegar a alcanzar las tasas actuales. Diekstra atribuye este aumento a fenómenos también diversos como los cambios culturales y el declinar de la religión, la importancia relativa de la gente joven en la población, la puesta en marcha del sistema educativo, y al aumento del consumo de bebidas alcohólicas. Diekstra examina la teoría de la anomia a través de las estadísticas de distintos países, poniendo en relación las tasas de suicidio con las tasas de divorcio, de paro y de homicidio. En el período de 1960 a 1980, las dos variables más correlacionadas con las tasas suicidas son la pérdida de fe en la religión, y el consumo de alcohol en los países considerados. En su estudio del suicidio en Bretaña, Chaperon nota que las tasas eran las más bajas de Francia a comienzos de siglo (Durkheim), época en la que la influencia de la religión era preponderante.

Las características del suicidio

Lugar: Una gran parte de los suicidios tienen lugar en el domicilio; particularmente para los de 65 ó más años (ver Cuadro 9). Pueden sorprender las bajas tasas de suicidio en hospitales psiquiátricos, que se deben en parte a que el porcentaje de población que permanece en estos

Cuadro 9. LUGAR DEL SUICIDIO POR EDADES, EN FACY Y COLS. (1990)

Lugar	15-24	25-34	35-64	> 64
Domicilio	56,4	61,4	64,8	64,4
Hospital	14,1	13,0	11,9	14,2
Hospital Psiquiátrico	0,7	1,3	0,9	0,6
Vía pública	16,1	12,3	10,3	7,5
Otros	12,7	11,9	12,1	13,3
Total	100%	100%	100%	100%

Cuadro 10. MÉTODOS SUICIDAS EN 1987, POR SEXOS, EN FACY Y COLS. (1990)

Método suicida	% en Varones	% en Mujeres
Intoxicación por medicamentos	9,5	24,5
Intoxicación por gas	2,5	2,0
Ahorcamiento	40,5	25,0
Sumersión	6,0	20,0
Armas	30,0	7,5
Precipitación	4,0	9,5
Otros	8,0	11,0

hospitales es muy bajo. Facy y cols. añaden que el discriminar entre hospital y hospital psiquiátrico no se realiza siempre, y se desestima probablemente la tasa de hospital psiquiátrico.

Métodos de suicidio: El método suicida más frecuente es el ahorcamiento, y se produce normalmente en un sujeto de edad avanzada en el medio rural, factor que explicaría en parte la mortalidad por suicidio en estos contextos. El análisis de los medios utilizados por edades muestra que los más ancianos utilizan medios más mortíferos. Desde los 45 años, el ahorcamiento es utilizado por un hombre de cada dos y por una de cada tres mujeres (Cuadro 10).

Patologías asociadas: Tradicionalmente, el suicidio no se identifica con un fenómeno patológico único, aunque se relaciona con depresiones importantes. El estudio de patologías asociadas inscritas en los certificados de defunción objetiva la relativa importancia del alcoholismo y de las psicosis, y sobre todo «problemas depresivos no diagnosticados con claridad» que representan en torno al 60% de los casos de suicidio.

Cuadro 11. PATOLOGÍAS ASOCIADAS POR EDADES (EN %), EN FACY Y COLS. (1990)

Patología asociada	15-44	45-64	> 64 años
Psicosis orgánicas	0,0	0,1	1,4
Psicosis esquizofrénica	2,0	0,6	0,1
Psicosis afectivas	6,1	7,1	7,8
Estados delirantes	0,4	0,1	0,4
Otras psicosis	6,9	4,3	1,9
Dependencia del alcohol	8,1	7,3	1,9
Farmacodependencia	0,9	0,1	0,0
Abuso de otras drogas	0,1	0,2	0,0
Depresión no clasificada	64,7	62,3	58,9
Total trastornos mentales	95,6	89,8	78,5

Se puede observar que en la casi totalidad de los suicidios de jóvenes (de 15 a 44 años) existe una patología psiquiátrica asociada. Esta tasa es de 78,5% en el caso de las personas ancianas. Además, es posible que el diagnóstico de depresión sea realizado más difícilmente en personas muy mayores. Rance, Lhoste y Coudert citan a Batchelor, quien dice que existen signos de deterioro en el 15 al 20% de los casos de suicidio de personas ancianas en que los antecedentes psiquiátricos son raramente encontrados (Cuadro 11).

En conclusión, la situación estadística del suicidio en Francia subraya la vulnerabilidad de las personas ancianas, particularmente los viudos en el medio rural, y el aumento del suicidio en personas jóvenes. El suicidio no ocurre en personas con enfermedades mentales severas, aunque sobreviene sobre todo en un contexto depresivo.

Finalmente, se pueden establecer algunas reflexiones generales, observando las estadísticas publicadas.

El suicidio es un comportamiento humano casi siempre individual y constantemente complejo, caracterizado por la puesta en marcha de mecanismos autolesivos que producen la muerte del sujeto con deliberada voluntad autoeliminadora.

Desde el momento en que el número de suicidios varía con los cambios de la sociedad y de las culturas, y con la mutación del estado del pensamiento en el hombre, se puede presuponer que las variaciones de los elementos de la naturaleza social pueden ser tomados por el sujeto como mecanismos aún ignorados, aumentando el número de suicidios,

por la socialización del sujeto, o por reducir la actividad de las defensas inhibitorias suicidas.

La muerte no es el único significado del suicidio, que puede revestir, por contra, otros significados y otras simbolizaciones, utilizándose en la comunicación con el ambiente familiar o con el ámbito social más grande, en cuyo escenario se coloca el sujeto.

La muerte todavía continúa representando para el hombre una condición de penumbra cuya forma se intuye, pero no se comprende, y su estructuración no puede nacer de la experiencia objetiva, sino de la proyección subjetiva de la dinámica interior.

Es por este motivo por lo que el estudio científico del suicidio es difícil, si no imposible, y es ciertamente aún más complejo que la muerte.

Análogamente, entender el suicidio como puro acto social no permite desarrollar las proyecciones que suelen efectuarse paralelamente, al interpretar las relaciones sociales que establecen las viejas ideas y teorías de los sociólogos que lo proponen.

Sobre el suicidio como comportamiento individual de relevancia social inciden muchos y diversos factores de variado origen. Una aproximación científica moderna al problema debe poder enunciar y distinguir uno por uno, valorando por separado la eficacia de cada factor, sobre la determinación que conlleva al acto. Aun cuando esto se realizara, sería todavía difícil mantener una seguridad objetiva, dada la imposibilidad de tratar testimonios directos de cómo el suicidio ha operado eficazmente.

Se podría decir, con Jaspers, que en el suicidio, si sobrepasamos ciertos confines, más allá de ellos no se puede llegar a su conocimiento completo.

La publicación del *Suicide: An Update*, en 1986, proporcionó una extensa información estadística sobre el fenómeno suicida.

En los últimos años se han suicidado más de 100.000 personas, siendo una pequeña proporción de los intentos existentes, que superan el millón en el mismo tiempo.

En EE.UU., el 2% de las muertes en un año son causadas por el suicidio, situándose en la 9.ª causa de muerte en ese país, permaneciendo más o menos estables las cifras anuales entre 1983 y 1985.

Todos los estimadores indican, además, un ascenso en las tasas de frecuencia a edades adolescentes en este fenómeno.

En EE.UU., la distribución de las tasas por sexos ha cambiado en las últimas décadas, aunque las cifras globales se mantienen constantes en los últimos 30 años.

En los hombres no blancos, la tasa más alta se produjo en 1975, con un 12,3/100.000, para posteriormente disminuir. Las mujeres tuvieron unos picos de incidencia en 1970 de 7,2 y 3,5/100.000, para las blancas y las de color, respectivamente.

Por edades, las cifras más altas corresponden siempre a los mayores de 65 años, con un 17% de la población suicida; sin embargo, estas cifras han disminuido ligeramente a costa de la población joven, sobre todo adolescente. En los EE.UU. el suicidio es la 3.ª causa de muerte, entre los 15 y los 24 años, correspondiendo en la actualidad un 20% de los suicidios entre varones a estas edades, y un 14% de los suicidios en las mujeres.

En general, la prevalencia por sexos del suicidio es de presentación tres veces más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, ascendiendo esta proporción a diez en los hombres ancianos.

Para Stevenson, los factores de riesgo del suicidio son, además del sexo (mayor riesgo en los hombres), la edad (alto riesgo en adolescencia y edad avanzada), el estado civil (mayor incidencia en solteros y divorciados o separados que viven solos), el diagnóstico psiquiátrico previo (elevado porcentaje en depresión, alcoholismo y esquizofrenia), el medio en que vive el sujeto (mayor proporción en las áreas urbanas), una actividad baja religiosa (ser no practicante) y la localización geográfica mundial, que sitúa a Rumanía, Austria, Suiza, Escandinavia, Japón y los países de habla germana a la cabeza mundial de las tasas suicidas, junto a las regiones montañosas del oeste de EE.UU., y a países como Italia, España y Holanda como un factor de bajo riesgo suicida.

El riesgo de suicidio de una persona soltera respecto de una casada es del doble, superando esta cifra los sujetos divorciados o viudos. Berman y cols. (1992) expusieron dos casos de atención al marido y desarrollo dinámico de conductas suicidas, basados en entrevistas individuales con personas suicidas y sus esposas durante la hospitalización psiquiátrica de los suicidas. Los autores observan interacciones maritales. Canetto y Holtzworth-Munroe realizaron los comentarios de

estos dos casos, diciendo que son representativos de la conducta suicida ocurrida en el contexto de la relación marital. Los suicidios de individuos casados tienden a producirse en adultos jóvenes o en mujeres mayores depresivas. El método de suicidio usual es la sobredosificación medicamentosa. Pero esas conductas suicidas no son letales. Los precipitantes típicos son los problemas serios conyugales (Weissman, 1974). Esta relación ya la estableció Durkheim (1897/1951). También Tabachnick en 1961, y Canetto, Feldman y Lupei en 1989, el primero en sus observaciones clínicas y los segundos de forma empírica, observaron en sus estudios de exploración del contexto interpersonal similares precipitantes de la conducta suicida, y que contribuiría a la crisis suicida.

Profesionalmente, los médicos son quienes superan las tasas suicidas (1,15 veces las tasas de la población general), especialmente en el sexo femenino (tres veces más de las esperadas), presentando las tasas suicidas más altas los psiquiatras, anestesiistas y otorrinolaringólogos, y las más bajas los pediatras y anatomopatólogos. La tasa suicida por 100.000 en los EE.UU. de los médicos es de 38,5, frente a 13,16 de la población general.

Existen suicidios que, respecto al nivel socioeconómico, sitúan, dentro de los grupos de clases medias y altas, las situaciones de riesgo. No en vano —ya lo auguró Durkheim— «la miseria protege». No obstante, se ha comprobado reiteradamente cómo las situaciones de crisis económica general aumentan la conducta suicida.

TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL SUICIDIO

En el siglo XIX, con Pinel y después con Esquirol, comienza a considerarse el acto suicida como síntoma de una enfermedad mental, siendo este último autor quien define el suicidio como *el efecto de una enfermedad o de un delirio agudo* (crisis de «afección moral»).

Correlativamente a este pensamiento, se intentaba demostrar anatómicamente las alteraciones orgánicas (sobre todo cerebrales) que justificasen este tipo de conducta (escuelas frenológicas).

Lo que seguramente surge de un análisis del fenómeno del suicidio se puede resumir en las siguientes consideraciones:

- El suicidio, más que ser un problema individual, constituye un fenómeno verdaderamente social.
- Es un fenómeno en el que asumen importancia determinados momentos sociales, lo suficientemente específicos como para ser estudiados.

Contrapunto de la teoría causal patológica, surge con Durkheim, a finales del siglo pasado, la teoría sociológica del suicidio, que explica este acto como resultado del sujeto vencido por las presiones sociales. Los tipos de suicidio dependían del exceso o defecto de integración social individual presentada: *altruista y fatalista*, en el primer caso, o *anómico y egoísta*, en el segundo.

Aunque hoy no sería aplicable la segunda parte de esta clasificación durkheimniana, es plenamente vigente, como factor concausal en el desencadenamiento de la conducta suicida la primera: bien la fractura del equilibrio en las relaciones sociales mantenidas por el suicida, dejando al sujeto sin modelos a seguir (*anómico*), o bien la situación de aislamiento completo, y el sufrimiento en solitario, que llevarían a producir un suicidio *egoísta*.

Durkheim, relacionando estadísticas de diversos países sobre mortalidad suicida, concluyó el número superior de suicidios en el sexo masculino (entre 3 y 4 veces más), el mayor número de víctimas con otros estados civiles distintos al matrimonio y otras premisas vigentes en la actualidad.

En el pasado, los sociólogos se interesaron por el suicidio desde diferentes perspectivas. Han sido analizadas las variaciones de la presencia porcentual del suicidio, según diversos contextos sociales y nacionales, realizando distintas interpretaciones sociológicas.

Han sido considerados factores económicos, étnicos, culturales, etc., capaces de explicar el suicidio sobre la base de elementos de diferente naturaleza, desde la capacidad de control individual hasta factores cósmicos, climatológicos, de masas, etc.

De Durkheim se ha hablado, y ha sido considerado como quien fue capaz de demostrar más elegantemente, la interacción de tres presupuestos fundamentales:

- Que el suicidio varía en razón del grado de integración en la sociedad religiosa.

- Que el suicidio varía en razón del grado de integración en la sociedad doméstica:
- Que el suicidio varía en razón del grado de integración en la sociedad política.

En otros términos, el suicidio variará en razón inversa del grado de integración en los grupos sociales a los que el individuo pertenece.

Para Halbwachs (1930), el motivo psicológico individual debería ser referido siempre a causas de orden social y general; no sería importante en la génesis del fenómeno el grupo tradicional, pero sí debería considerarse el grado de integración del sujeto en su «situación social», aunque no de manera separada a la historia personal del suicida.

El psicoanalista norteamericano Menninger describió la existencia de conductas suicidas crónicas como el alcoholismo, las psicosis, las conductas antisociales y otras, manifestación de una agresividad gradual y mantenida, pero no considerada por la sociedad como destructivas; este autor ha resaltado asimismo la evitación por parte de los familiares y conocidos, del reconocimiento de avisos e intentos de comunicación, del sufrimiento de los sujetos suicidas; además de poner de relieve lo que él denominó *suicidios localizados*, que englobarían conductas de cirugía repetida, accidentes «provocados», o la simulación de enfermedades.

Henry y Short (1954) han analizado los datos sobre el suicidio conjuntamente con los del homicidio. Estos autores colocan el suicidio y el homicidio en el mismo plano, como si fueran dos comportamientos derivados de la motivación humana, con un estado de agresión hacia los otros, desarrollado como efecto de una frustración. Han observado que los suicidios tienden a aumentar durante las fases de «contracción de los ciclos económicos», mientras los homicidios tienden a aumentar en las fases de «expansión». De aquí deducen que el estado de frustración, sea del suicidio o del homicidio, viene provocado por los cambios que el funcionamiento de los ciclos económicos determina en las personas pertenecientes a las distintas categorías sociales. Según los autores, el suicidio varía negativamente y el homicidio positivamente, con los cambios en la fuerza externa de la constricción social sobre el comportamiento individual.

Guiducci (1987), partiendo de una revisión crítica de la obra de Durkheim, propone una teoría que se resume con la siguiente frase: «El suicidio, en general, es directamente proporcional a la división social, y ésta a la cantidad de poder hacia arriba y a la cantidad de exclusión ha-

cia abajo, y en general, al grado de desigualdad, de aislamiento y de separación, sea hacia arriba o hacia abajo, entre los hombres».

Un gran debate científico ha caracterizado el problema de los aspectos psicopatológicos del suicidio, en el sentido de que tal comportamiento debe o no ser necesariamente interpretado como un síntoma de origen psiquiátrico.

Actualmente está muy consolidada la opinión de que el suicidio puede derivar de conductas no patológicas y que puede basarse, en los casos, en motivaciones diversas y en meditaciones variadas, aunque nadie niega que los procesos psicodinámicos que conducen al suicidio suelen ser siempre, cualitativamente o cuantitativamente, anormales.

Que el suicidio no sea necesariamente la expresión de un estado de «anormalidad» ha sido sostenido, entre otros, por Deshaies (1947), quien ha observado que en todos los hombres existe una tendencia «instintivo-afectiva» al suicidio.

Jaspers (1965) habla de dos distintas modalidades de suicidio: la primera por irritación, la segunda por transformarse en insoportable la vida. La primera se refiere a los casos en los que, de hecho, se puede determinar una grave turbación emotiva, y ésta lleva a una culpabilidad realmente existencial. La segunda modalidad se trata de los casos en que el suicidio es expresión de algo existente en el campo del ser, que no tiene alternativas; ocurre en circunstancias en que la existencia ha devenido insoportable, en las que el suicidio sería una acción necesaria, un «acto vital».

Las teorías psicológicas, a partir de Deshaies, manifiestan un mayor auge, mediante el desarrollo de una gama más amplia de motivaciones suicidas, con dinámicas que hacen resaltar factores de orden constitucional, temperamental, ambiental, socio-cultural, socio-económico y socio-afectivo. Por otra parte, la sensibilidad y sugestionabilidad hacia el suicidio y la tendencia agresiva son consideradas como la conjunción entre la causalidad de orden social y la de orden psicopatológico. Stengel (1970) afirma que «... la mayor parte de las personas que cometen actos suicidas no quieren morir, ni vivir; quieren las dos cosas al mismo tiempo»; en una óptica relacional el comportamiento suicida debe ser interpretado como «comunicación».

En las distintas interpretaciones es difícil, si no imposible, definir con nitidez el límite entre el suicidio considerado normal y el patológico.

Según Ichoch (1935), la conducta autolesiva constituye un comportamiento humano claramente patológico, siempre anormal, aun en aquellos casos en que existe una motivación psicológicamente aceptable, como en el caso de una enfermedad física grave.

Sobre la base de cuanto se ha dicho, siempre es posible definir como suicidio psiquiátrico todos aquellos atentados en los que se reconoce un nexo patogénico y cronológico, en un antecedente de enfermedad mental, aunque sea de tipo «reactivo».

Por viceversa, la intencionalidad y el conocimiento del acto son la condición fundamental para que el suicidio pueda ser considerado «real», superando de este modo la dificultad de distinción entre suicidio normal y patológico.

Deshaies (1947), Litman (1962) y Stengel (1970) han clasificado y cuantificado la incidencia de las alteraciones mentales sobre la génesis del suicidio, colocando en primer lugar la depresión endógena. Stengel en particular, en un ensayo, afirma que, según su experiencia, en cerca de un tercio de las historias personales de los sujetos suicidas es posible encontrar episodios neuróticos y psicóticos, y comúnmente graves alteraciones de la personalidad, mientras que el comportamiento suicida es raro entre individuos mentalmente subnormales.

Ringel (1973) describe los procesos psicológicos del considerado «síndrome presuicida». Según el autor, antes del suicidio algunos sujetos viven una experiencia de anormal tranquilidad, en la que cree posible individualizar algunos momentos evolutivos específicos, con clara connotación psicodinámica:

- La primera fase estaría caracterizada por constricción (que se presentaría de cuatro formas fundamentales: situacional, dinámica, relacional y voluntaria).
- La segunda fase estaría caracterizada por una agresividad inhibida resuelta contra la propia víctima.
- La tercera fase contemplaría la presencia de fantasías suicidas.

Otros autores, coincidiendo en la existencia de un síndrome presuicida, han querido subrayar la gran variabilidad de las manifestaciones entre las que se puede distinguir cierta tendencia a la disimulación de las propias intenciones por parte del candidato suicida.

En las fases que preceden al suicidio, Sarwer-Fover (1969) distingue dos momentos fundamentales: la fase crítica y el paso al acto. La primera fase, que corresponde al síndrome presuicida de Rengel, estaría caracterizada por la aceptación de un determinismo fatal, con una subjetividad de no saber ni poder tomar alternativas distintas, y por una exasperante condición depresiva.

Casi todos los autores coinciden en describir el suicidio sobre todo en relación a los estados depresivos.

El estado depresivo es el que más alto riesgo de suicidio presenta, ya que el deseo de muerte resulta del sentido de culpa y del estado angustioso; se reconoce aquí una enorme agresividad del Super-Yo y una tendencia a la autodestrucción del Yo.

A comienzos de este siglo las teorías psicoanalíticas adquieren protagonismo en todos los ámbitos, plasmándose en el campo del suicidio, como heteroagresividad interiorizada por falta de capacidad de exteriorización, o equivalente homicida (Stekel, Freud), o tal vez como venganza parental (Adler).

Para comprender la conducta suicida debemos hacerlo desde una perspectiva holística, que comprenda todas las vertientes de la situación vivida por el sujeto.

Cada teoría explicativa del fenómeno suicida —psiquiátrica, sociológica y psicológica— aporta parte de la realidad del suicidio, por lo cual la situación del sujeto suicida debe ser analizada desde los tres ángulos bio-psico-sociales de la pérdida de salud.

La existencia de una base psicopatológica, o de una personalidad premórbida, unida a una realidad subjetiva de pérdida del rol alcanzado, o de fractura de los vínculos sociales que sumerge al sujeto en el aislamiento afectivo, explican, en parte, la salida que el suicida ve en la muerte.

No obstante, es necesario siempre que esa realidad presente, sea vivenciada por el sujeto como de sufrimiento moral insoportable, para que el suicida potencial pase a la acción determinante de su muerte.

Farberow realizó una recopilación de publicaciones sobre el suicidio desde 1897 hasta 1970, encontrando 4.746 artículos. Por otra parte, Tanney, en 1984, refiere que el número de publicaciones anuales sobre el tema del suicidio oscila en torno a las 300 (Sarró y de la Cruz, 1991). Estas cifras ponen de relieve el interés y la preocupación que en todas

las latitudes se siente por la búsqueda de soluciones reales y drásticas al suicidio, como exponente, de tipo inconsciente y social, de conservación de la especie.

ENFERMEDAD MENTAL Y SUICIDIO

El suicidio representa el período más grave en el que se puede encontrar el paciente afecto de las más diversas enfermedades mentales.

No siempre tal eventualidad es tomada con la seria y debida consideración en el ambiente circundante al sujeto, por el médico llamado, por diversas razones, terapéuticas o periciales, a ocuparse del paciente, que tiende a alejarse de él más que a ayudarlo.

Amdur y Soucek publicaron en 1981 un artículo en el que consideraban determinadas variables que influyen en la mortalidad de enfermos mentales, que son «descargados» de hospitales psiquiátricos, en la fase de cuidados posthospitalarios, y especialmente en lo que se refiere a la mortalidad por suicidio. No se hallaron diferencias relevantes en lo que se refiere a la distinta mortalidad por sexos (contrariamente a la población general), aunque sí se hallaron en otras variables.

Fernando y Storm, en 1984, desarrollaron un estudio realizado con 22 pacientes que se suicidaron mientras recibían tratamiento hospitalario, o en los tres meses siguientes a la «descarga» del hospital psiquiátrico. Los compararon con dos muestras randomizadas, una de 100 pacientes psiquiátricos hospitalizados, y un grupo control del grupo de suicidios hospitalarios. La tasa de suicidio entre pacientes psiquiátricos hospitalizados fue 50 veces mayor que la de la población general. Una elevada vulnerabilidad al suicidio fue detectada entre los pacientes hospitalizados (sobre otros pacientes), en los varones (sobre mujeres) y en los pacientes de mediana edad (sobre jóvenes y viejos). Estos suicidios se diferencian de los controles significativamente, en cuanto a que presentaron más pérdidas afectivas ($p < 0,05$), padecían enfermedad psiquiátrica por primera vez ($p < 0,05$), tenían historia de autolesiones ($p < 0,05$) y no presentaban diagnóstico de esquizofrenia ($p < 0,02$). Las personas con crisis en la mitad de la vida, los pacientes que presentaron cambios rápidos en su depresión mientras recibían tratamiento y los individuos que interpretaban que su depresión era debida a problemas personales, fueron quienes estaban integrados en el grupo de más elevado riesgo de suicidio mientras recibían tratamiento.

Beskow publicó en 1987 un estudio sobre el ascenso del número de suicidios entre pacientes ingresados en cuidados psiquiátricos, en Suecia; este crecimiento lo explica, en función del avance del número de suicidios en la población general, así como por el incremento de cambios en la población psiquiátrica, debido a la implantación de nuevos sistemas de atención. El número de suicidios en poblaciones atendidas desde planteamientos psiquiátricos de «descarga» hospitalaria es, además, más elevado que el constatado para las tasas de población psiquiátrica hospitalizada.

En cuanto a la conducta suicida y el suicidio consumado en poblaciones con antecedentes psiquiátricos, en un estudio de Casas Barquero y cols. (1992), presentado en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, realizado en el Partido Judicial de Sevilla durante 1991, con una selección de los 31 casos de suicidio con edad superior a los 60 años, se encuentran los siguientes resultados: 23 (74,19%) de los sujetos presentaban antecedentes psiquiátricos, 2 casos (6,5%) no los presentaban y en 6 casos (19,3%) no se pudo establecer; 7 casos (22,6%) presentaron ingreso psiquiátrico anterior, 18 casos (58%) no ingreso anterior, y en 6 casos (19,4%) no se pudo establecer. De los 23 casos con diagnóstico psiquiátrico previo, el 74% (17 sujetos) presentaban depresión, el 13% (3 casos) alcoholismo y el 4% (1 caso) demencia; en los dos casos restantes se desconocía el diagnóstico.

Sobre el plano fenomenológico, los actos suicidas psiquiátricos pueden distinguirse en: raptos suicidas, conducta suicida impulsiva y reacciones suicidas delirantes.

Sobre la base de tal consideración, es necesario acercarse, aunque sintéticamente, a los aspectos que el suicidio puede asumir en relación a las diversas enfermedades mentales.

Más particularmente, analizando sintéticamente y a grandes líneas los principales trastornos psiquiátricos, se pueden desarrollar las siguientes consideraciones:

1. Neurosis

En los estados histéricos el suicidio sucede raramente. Mucho más frecuentemente, constituye una manifestación que persigue un fin demostrativo, como medio de afirmación personal en el ámbito familiar

y/o social, donde el intento de huir de una situación desagradable es representado por el acto demostrativo en sí, y no como fin último de auto-supresión: es en este sentido en el que se interpretan las medidas de cautela en las que el sujeto se afina, en intentos suicidas sin riesgo de muerte.

Naturalmente, pueden verificarse casos en los que los efectos del acto suicida no han sido, por diversas razones, adecuadamente valorados por el sujeto, y en la realidad la muerte eventual viene a configurar un resultado decididamente no querido.

El suicidio en los histéricos no debe ser infravalorado, teniendo en cuenta la posibilidad de estados crepusculares de la consciencia, que pueden reducir los mecanismos de autodefensa, generalmente eficientes en el sujeto neurótico.

En la neurosis reactiva, sobre todo en caso de reacciones de aparición imprevista y altamente estresantes, el sentido de autoconservación puede desaparecer peligrosamente y pueden verificarse actos suicidas.

Para Ey (1981) y numerosos autores, el suicidio en la depresión «reactiva» posee un mínimo significado de verdadera y propia muerte y es mucho más interpretable como «desesperada demanda de ayuda» (raptos ansiosos).

En los neuróticos fóbico-obsesivos el suicidio es rarísimo.

2. Esquizofrenia

En estas psicosis el suicidio aparece en el 10% de los casos, según Deshaies, y en el 23%, según Quidu.

En la mayor parte de los casos sobreviene de improviso y casi siempre de forma grave, debido a la calidad de los medios usados. Puede ser entendido en sentido «simbólico» en los casos de automutilaciones y castraciones.

En el caso de las psicosis, la voluntad del gesto suicida posee un carácter autista y puede faltar una coherencia sustancial de intención y de significado: el suicidio constituye una de tantas acciones que el enfermo puede realizar sin una clara intencionalidad, o como prefiguración del efecto que se consigue.

La incomprendibilidad del acto tiende a encontrar su máxima expresión en las formas hebefrénicas, mientras en aquellas de tipo hebefrénico-catatónicas sería aceptable como expresión de la impulsividad catatónica.

En los cuadros paranoides el suicidio puede encontrar motivaciones mayoritariamente comprensibles en el ámbito de una construcción delirante, la mayoría de las veces místicas, o con un contenido megalomaniaco, o mucho más frecuentemente de contenido persecutorio.

Un tipo frecuente de suicidio en los esquizofrénicos es aquel que es consecuente a «alucinaciones imperativas» que ordenan al sujeto auto-suprimirse y de las que raramente pueden escapar.

Además, el esquizofrénico puede ser objeto de una depresión sintomática, y ello conllevar al suicidio más fácilmente, pero en tales casos es discutible si la motivación reside sólo en la depresión como síntoma y no en el pensamiento autista propio de las psicosis.

Breier y Astrachan (1984) estudiaron a veinte pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, comparándolos con una muestra randomizada por edad y sexo, de un grupo de esquizofrénicos que no tuvieron ningún suicidio anteriormente, y con un grupo de pacientes no esquizofrénicos que también se suicidaron. Los pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, fueron más a menudo hombres y con tendencia a ser jóvenes, no casados, no protestantes y blancos. No comunicaron su intento de suicidio directamente, usaron métodos suicidas de alta letalidad y tendieron a no tener sobrecarga por acontecimientos vitales, asociados a sus suicidios. Los autores resaltan que resultaría interesante realizar una investigación caso por caso de la potencial ideación suicida, como cuestión esencial de la esquizofrenia.

Black y cols., en un estudio de seguimiento de esquizofrenias realizado en Iowa y publicado en 1985, observaron que de 688 esquizofrénicos admitidos durante 10 años en hospitales psiquiátricos, 14 se suicidaron. El número de suicidios es significativamente mayor de las tasas esperadas, tanto para varones como para mujeres. La mayor parte de las muertes (71%) ocurrieron en los dos primeros años tras la «descarga» hospitalaria. Se suicidaron más hombres que mujeres, aunque las mujeres presentaron un gran riesgo suicida. Los suicidios en los varones fueron a mayor edad que en las mujeres.

3. Estados demenciales

En estas formas el suicidio aparece raramente y resultaría bastante raro, por un defecto de elaboración, por inadecuación en la utilización de medios o incluso por un defecto en la voluntad. El suicidio necesita de capacidad de ideación, y para ser programado y realizado necesita cierta organización psíquica e integridad cortical. Sin embargo, no se puede decir que el suicidio sea inaudito. En las formas no delirantes la tendencia autolesiva se acerca al defecto de crítica y al instinto de conservación fuertemente reducido.

En la literatura se han descrito casos de tentativas de suicidio mediante precipitaciones contra el suelo o contra una pared. Se habla en tales casos de «vía voluptuosa» del dolor, pero siempre es más explicable que esto suceda como un defecto en la sensibilidad dolorosa, frecuente en formas psicóticas residuales.

4. Síndromes distímicos

En estas formas de enfermedad mental el suicidio es muy frecuente, ciertamente más que en el resto de enfermedades psiquiátricas. Siempre constituye un acto «lógico», coherente, lúcido y premeditado en razón del contenido del delirio depresivo.

Según Deshaies (1947), en las depresiones es donde más se manifiesta el suicidio-rapto. Quidu coincide con esta idea, y a tal propósito habla de automatismo-consciente. En general, puede desarrollarse el siguiente esquema psicodinámico:

- Suicidio por alteración afectiva, sea crónica (dolor profundo), sea aguda (estado ansioso).
- Suicidio por obligación, en razón de un delirio de culpa y de indemnización.
- Suicidio por obediencia a una alucinación.

Además, el defecto en la alimentación, muy frecuente en los depresivos, constituye un hecho homólogo a un lento acto autosupresivo.

Sea en la melancolía involutiva, sea en general en las manifestaciones depresivas de la edad senil, la posibilidad del suicidio debe ser con-

siderada ante la presencia de un estado ansioso y en estructuras delirantes de culpa, de prejuicio y de ruina. Los factores ambientales y/o económicos son capaces de exaltar completamente el carácter desesperado de la perspectiva existencial en el depresivo senil.

La constatación de que el suicidio, en las psicosis afectivas, sucede con mayor frecuencia en las fases de agudización y de remisión de la enfermedad, respecto a las fases de acmé, es subrayado por numerosos autores.

Cazzullo (1967) ha recordado cómo las más modernas terapias farmacológicas de los estados depresivos advierten de procesos autolesivos en fases de mejoramiento de la enfermedad, especialmente en casos de tratamiento ambulatorio, pero también en las remisiones espontáneas. La explicación de ello puede residir en el hecho de que una primera remisión del componente inhibitorio del síndrome mantiene aún la afectividad deprimida, y el sujeto puede realizar un acto largamente estudiado pero no consumado por la insuficiencia de *vis vital*.

Los momentos de mejoría inicial son los más peligrosos y debe alertarse al ambiente circundante, de modo que se pueda contribuir, a través de una adecuada vigilancia, a la protección y a la seguridad de la vida del paciente.

McGlashan y Heinssen publicaron en 1988 un estudio desarrollado en Rockville (U.S.A.); evaluaron la situación 15 años después, de pacientes que fueron «descargados» por consejo médico o contra el consejo médico. La muestra la formaban: esquizofrénicos (N=113), trastornos esquizoafectivos (N=46), trastornos de personalidad (N=63) y trastornos afectivos unipolares (N=33). Los resultados variaron considerablemente en relación al diagnóstico. Concluyen los autores que los pacientes esquizo-afectivos dados de alta hospitalaria en contra del consejo médico se correlacionan positivamente con el número elevado de suicidios.

En el libro *Depression and Suicide in Late Life*, de De Leo y Diekstra (1990), se pone de nuevo de relieve la gran prevalencia existente en la población anciana, de depresión y suicidio. En la última parte de la obra se presentan resultados generales (epidemiología, características de la depresión, factores psicosociales, neuroquímica, alteraciones en el riego sanguíneo cerebral, con especial atención a las alteraciones parkinsonianas y a la manía). El libro subraya resultados de tratamiento y pronóstico (por ejemplo, farmacológico, terapia con benzodiazepinas,

resultados psicológicos), concluyendo con estrategias preventivas para las últimas etapas de la vida.

Stephens y McHugh (1991) refieren un 13% de suicidios consumados en pacientes depresivos, en 13,5 años de seguimiento, que habitualmente se produce en el primer año tras la descarga, en su mayor parte.

Asgard, en 1990, estudió un total de 104 suicidios de mujeres en Suecia, que se investigaron por medio de una autopsia psicológica, incluyendo entrevistas con las suicidas antes de suceder la muerte, y una revisión de las historias clínicas con alteraciones psiquiátricas y somáticas. El diagnóstico se estructuró por medio del RDC (Research Diagnostic Criteria) y muestra que un 35% presentaron un diagnóstico de depresión mayor durante su último mes, y otro 24% estaban deprimidas; un 12% presentaron abuso de sustancias y un 14% trastornos de ajuste. Del total, 2/3 habían hecho intentos de suicidio previos y otro 23% han comunicado suicidalidad por otras vías. Algo más de la mitad de las pacientes habían estado ingresadas en instituciones psiquiátricas y otro 19% habían realizado consultas externas. El 57% eran pacientes psiquiátricos hospitalizados o no durante el último año de vida. Se observa un incremento de acontecimientos vitales durante los últimos seis meses de vida. En la mayor parte de los casos las mujeres depresivas habían sido tratadas de forma ineficaz con antidepresivos.

Stephens y McHugh publicaron al año siguiente (1991) un estudio retrospectivo en el que analizaban una muestra de 2.809 pacientes hospitalizados por trastornos afectivos, entre los años 1913 y 1940 en el estado de Maryland (EE.UU.). Se seleccionaron 914 pacientes que habían tenido un seguimiento de al menos cinco años, y 103 pacientes que se suicidaron en los cinco años siguientes a su «descarga» hospitalaria. Se excluyeron pacientes con trastornos físicos. Basándose en la presencia de síntomas maniacos, esta cohorte de 1.017 pacientes fue dividida en 297 trastornos bipolares y 945 unipolares. Los pacientes bipolares tenían una edad de inicio y admisión hospitalaria más precoz y presentaron más alucinaciones. Tuvieron más recaídas, más admisiones previas, más características premórbidas y más problemas con el alcohol. Los pacientes unipolares fueron mujeres y casadas, con más intentos de suicidios previos y con más acontecimientos precipitantes. En una media de seguimiento de 13,5 años, sólo un 11% de los bipolares y un 22% de los unipolares no experimentaron más episodios de manía o depresión. En el grupo bipolar, 77% han sido rehospitalizados y 56% de los unipolares. Sólo un 2% tenían únicamente manía, sin depresión. Un tercio de

todos los pacientes no presentaron mejoría durante el seguimiento. Un 30% se suicidaron, preferentemente en el primer año tras la «descarga» hospitalaria.

5. Síndromes epilépticos

En los síndromes epilépticos la incidencia del suicidio no sería muy elevada, aunque no se ponen de acuerdo los autores acerca de su cuantificación.

En la condición epiléptica el problema del suicidio debe ser tomado en la doble consideración de la alteración del humor y de la crisis psicomotriz. Para Ey (1950) debe interpretarse especialmente como «*raptus-suicidio*», en el sentido de una reacción paroxística, automática, poco consciente y amnésica.

En el epiléptico pueden producirse fases depresivas de manera mucho más rápida que en las psicosis maniaco-depresivas, capaces de alcanzar el acmé en pocas horas: en este caso la idea de suicidio puede presentarse en la consciencia con una rapidez capaz de revestir el carácter de una representación obligada.

Existe otra posibilidad de suicidio, inserta en el ámbito del trastorno afectivo, donde el gesto autolesivo se prevé como manifestación crítica de epilepsia psicomotriz, sobre todo en el caso de formas parciales, complejas y temporales.

6. Alcoholismo

El alcoholismo como factor patogénico del suicidio interesa evidentemente en el campo social y en el de la propia psicopatología.

En la enfermedad alcohólica el suicidio constituye una de las manifestaciones del trastorno de base. Las estadísticas señalan incidencias variables debido a los diferentes criterios de valoración adoptados.

Generalmente todavía se encuentran cifras que dicen que en el 10% de los casos de suicidio, el alcoholismo es el antecedente causal más relevante, mientras que al menos en el 20% de los suicidios se encuentra anamnéscamente hábitos alcohólicos.

El alcoholismo puede inducir al suicidio, sea como consecuencia directa de la intoxicación aguda, sea por la depresión del tono de humor y por el sentido de culpa que lo acompañan en la fase de abstinencia, sea por el temor a una pena por lo que se pudo haber cometido durante la fase de ebriedad.

Un factor suicidógeno importante en los etilismos crónicos es el delirio persecutorio o de celos, que se suelen instalar en esos pacientes.

Finalmente, existe la posibilidad de un suicidio lúcido, de intención libre, como extrema razón para liberarse de un hábito en el que el individuo no quiere mantenerse y del que no sabe salir de otra forma.

7. Toxicomanía

La toxicomanía especialmente la de opiáceos, ha sido descrita e interpretada como una forma de suicidio lento, «a ratos», perseguido como medio aceptable y no doloroso, para sujetos que no tienen el coraje de vivir y tampoco lo tienen para morir.

Ciertamente, el suicidio es una eventualidad presente en el sujeto toxicómano, aunque no sea siempre reconocido como tal, mimetizándose y confundándose en las muertes provocadas por *overdose*, para las cuales quedará siempre la duda de cuánto ha habido de accidental y cuánto de verdaderamente querido.

La motivación que más frecuentemente esgrimen para suicidarse los toxicómanos es generalmente la desesperada voluntad de desprenderse de una vida devenida penosa, insoportable, privada de cualquier finalidad que no sea la droga, y de esa manera interrumpir definitivamente el cerco mortal.

Facy, en 1991, realiza una aproximación epidemiológica a la toxicomanía y su comportamiento suicida. El trabajo se ha realizado a partir de sujetos hospitalizados después de una conducta suicida, indicando que:

- En una parte importante de los pacientes se utilizan psicótrópos y sustancias tóxicas en la realización del acto suicida (primer método en las tentativas y tercero en los suicidios consumados).

- Una proporción reducida, sin embargo, de hábitos tóxicos; del mismo modo se pueden estimar más frecuentes en estos sujetos que en la población general.
- Una tendencia en los suicidas es la presencia previa de conductas o comportamientos desviados: fugas, violencia...
- El nivel de gravedad del acto suicida aumenta con la presencia de alcohol: alcoholismo familiar y alcoholización del sujeto.

En el estudio de Facy las sustancias tóxicas ocupan en 1988 el tercer lugar (13,7%) dentro de los métodos suicidas, al estudiar todas las edades en los dos sexos, en Francia; siendo la forma más frecuente de suicidio, el ahorcamiento (36,5%); en segundo lugar están las muertes por armas (23,2%); el cuarto método en frecuencia de suicidio es la sumersión (10,5%); el quinto lugar lo ocupa la precipitación (5,4%), y el sexto y último lugar está ocupado por la intoxicación con gas (2%). Respecto a las muertes por sustancias tóxicas, las mujeres presentan un 25% de muertes, y en los hombres un 9%. Las muertes por sobredosis ocurren en varones entre los 20 y los 35 años. En el caso de las personas jóvenes, el lugar elegido para el suicidio, entre los 15 y los 24 años, es en primer lugar el domicilio (56,4%), seguido de la vía pública (16,1%) y el hospital (14,8%); mientras que entre los 25 y los 34 años, aunque también es preferido el domicilio (61,4%), existe una mayor elección del hospital para morir (14,3%), que la vía pública (12,3%). Las dependencias presentadas por los suicidas a todas las edades, en el trabajo de Facy, han sido al alcohol, disminuyendo con la elevación de la edad (8,1% entre los 15 y los 44 años; 7,3% entre los 45 y los 64 años, y 1,9% en los mayores de 64 años); seguido de la farmacodependencia (0,33%), y del abuso de drogas (0,1%). Estudiando el estado civil en relación al suicidio y al sexo, en Francia, en 1987, el autor ha encontrado que el suicidio es más frecuente en los hombres viudos (167,6/100.000) y en las viudas (32,3/100.000); seguido de los divorciados (76,0/100.000) y divorciadas (24,5/100.000); de los casados (hombres: 34,3/100.000, y mujeres: 12,4/100.000), estando en último lugar la soltería (varones: 34,0/100.000, mujeres: 10,8/100.000). Las tasas de mortalidad por suicidio en 1988 en Francia han sido del 13,9/100.000 en gente joven entre los 15 y los 24 años y del 4,2/100.000 en las mujeres. Para todas las edades, el suicidio es una causa de muerte relativamente rara (del 3% en los hombres y 1,4% en las mujeres), pero aumenta claramente a partir de los 15 años, siendo la causa más importante para el tramo de edad entre los 30 y los 34 años en los varones (21,3%).

y entre los 25 y 29 años en las mujeres (16,4%). Los estudios epidemiológicos efectuados en los toxicómanos tratados sugieren igualmente que:

- Los toxicómanos consumen muchos más psicótrpos que la población general y están también mucho más expuestos a los riesgos de toxicidad de los productos (barbitúricos) y a sus efectos potencializadores.
- La tentativa de suicidio anterior o paralela a la toxicomanía es un índice de gravedad de la toxicomanía: marca a los sujetos que tienen características más groseras de toxicómanos: largo tiempo de intoxicación, dificultades sociales y problemas médicos.
- La toxicomanía puede ser considerada como factor de riesgo de la tentativa suicida; en los toxicómanos tratados:
 - Las mujeres han sufrido una tentativa suicida antes o después de la toxicomanía.
 - 2,5 veces más, los hombres han efectuado una tentativa suicida después de hacerse toxicómanos.

¿Existen factores de riesgo intervinientes de forma simétrica en mujeres y hombres entre toxicomanía y acto suicida? Los resultados del estudio incitan a profundizar en los estudios epidemiológicos:

- Para precisar la naturaleza de los productos y de los medicamentos tomados por los toxicómanos y compararlos con los de otros países.
- Para afinar las apreciaciones predictivas de estas conductas de riesgo en relación a las estadísticas de mortalidad.
- Para desarrollar las investigaciones de epidemiología clínica con herramientas psicométricas donde la colaboración entre clínicos e investigadores es particularmente importante para avanzar un cierto número de hipótesis en la génesis de estos comportamientos. En este sentido, Murphy, en 1988, encuentra una tasa de intentos cuatro veces más elevada que en la población general en estos sujetos toxicómanos (24%). Harris, en 1979, revela características de depresión y de disfuncionamiento social en el caso de toxicómanos con una tentativa suicida previa. Colle, en 1987, insiste igualmente en que la depresión está presente en estos sujetos. Para Saxon, en 1980, los heroinómanos acumulan dema-

siados comportamientos de autodestrucción. Moore, en 1979, además señaló que los dependientes de los opiáceos han presentado manifestaciones psicopatológicas predictivas de gestos suicidas. Ingold, en 1987, en un trabajo sobre la toxicomanía y la farmacodependencia, revela cómo diferentes estudios muestran el sobreconsumo de medicamentos en toxicómanos. Ward, en 1980, distingue entre tentativas de suicidio «serias» en los comportamientos de autodestrucción ligadas con la naturaleza de los productos utilizados, y sugiere que la clase de sedantes hipnóticos es especialmente peligrosa.

ASPECTOS NEUROENDOCRINOLÓGICOS

La investigación conjunta en los 10-15 últimos años ha demostrado, si bien todavía de un modo impreciso y contradictorio, el papel jugado por la serotonina en la estructura psiconeuroendocrinológica del suicidio, especie de acto violento. Algunos autores han presupuesto y demostrado la presencia de alteraciones del metabolismo de las hormonas suprarrenales en los estado depresivos.

Slaby, en 1991, indicó la relación existente entre la creatividad y el suicidio. Este autor señala evidencias que indican la relación entre la existencia de cambios en el sistema serotoninérgico, que estarían asociados a la depresión en general, y con impulsos suicidas y homicidas, hasta el extremo de ser responsables de factores de riesgo. Esas características creativas e innovadoras, en una persona psicodinámicamente predispuesta y creativa, sería un factor de riesgo suicida.

De estos hallazgos aún no se han desprendido conclusiones unívocas ni implicaciones útiles sobre el plano diagnóstico y terapéutico, aunque parece importante proseguir en este camino de búsqueda, en plena evolución y lleno de promesas para el futuro.

PARTICULAR FENOMENOLOGÍA SUICIDA

Algunos tipos de suicidio están rodeados de aspectos particulares que tienden a distinguirse sobre el plano fenomenológico y social, respecto al suicidio común individual, que es el más prevalentemente tratado.

Aparece, por tanto, útil ofrecer consideraciones sintéticas de tales tipologías, algunas de las cuales suelen revestir notable relevancia a la luz de los recientes acontecimientos que han determinado gran resonancia en los estudiosos y en la opinión pública.

1. Suicidio colectivo

El suicidio es un acto típica, profunda e inequívocamente individual, aunque en algunos casos rarísimos se puede comprobar que se ha realizado contemporáneamente dentro de un grupo más o menos numeroso y heterogéneo de personas: se habla entonces de suicidio colectivo. Tal forma de suicidio debe distinguirse de otra modalidad que pueden desarrollar algunos sujetos en un mismo contexto, pero que no puede ser considerada como suicidio colectivo.

Un primer ejemplo de esta última modalidad es el considerado «suicidio alargado», que se produce en una familia entera. En este caso se debería más propiamente hablar de suicidio-homicidio; el sujeto decide terminar con él y en su acto destructivo también con sus hijos y con su mujer, a los que mata antes de quitarse él la vida. En estos casos suele tratarse de personas en el acmé de graves crisis depresivas endógenas o reactivas, que elaboran un delirio de enfermedad, de ruina o de persecución, y que deciden sustraerse de las penas de un destino visto como desesperadamente trágico. Ejemplos de estos casos son la joven madre que se tira con su hijo en brazos por la ventana, o la familia destruida por el padre de familia, víctima de usureros, o con la dramática situación de una real o presunta enfermedad incurable. Otro ejemplo también distinto del suicidio colectivo es el de la pareja que, por motivaciones persecutorias o depresivas, deciden poner fin a su sufrimiento y a la imposibilidad de convivir felizmente, realizando una especie de matrimonio en la muerte.

El suicidio colectivo propiamente dicho, donde mueren decenas o centenas de personas, se configura en la mayor parte de los casos como un intento de la inevitable destrucción de la comunidad llevada hasta el extremo, perpetrado por un grupo con ligamen psicótico, convencido, destrucción presagiada paranoicamente y vista como la última esperanza. El suicidio colectivo se caracteriza por el hecho de que los distintos sujetos ejercitan la propia acción recíprocamente unos frente a los otros. Sin embargo, cuando dos o más individuos se provocan la muerte, cada

uno con un medio propio y personal y de forma autónoma, no efectúan un suicidio colectivo, sino un «suicidio simultáneo».

Heuyer (1976) dice que el suicidio colectivo representa una consecuencia de una situación de psicosis colectiva. En otros términos, se puede decir que estos grupos están constituidos prevalentemente por sujetos psicóticos, los cuales proyectan sobre el grupo su proceso mental anormal, paranoizando a la comunidad que se forma y constituyendo ésta con finalidad ideológica aversiva, criminal, o de culto satánico y ritos de iniciación.

Análogamente, otros grupos psicóticos se caracterizan por una dependencia ciega y absoluta, con fin de completa fusión con el *leader*, cuya autoridad carismática tiende a crecer desmesuradamente y a identificarse con la divinidad.

Un suicidio colectivo de los que se ha tenido noticia hace pocas fechas ha sido el del Templo del Pueblo, en la Guayana. El 18 de noviembre de 1978, en Jonestown, en una especie de «comuna» agrícola perdida en la jungla de la Guayana que se conocía con el nombre de su fundador, el «reverendo» Jim Jones, 912 personas se suicidaron bebiendo una bebida con cianuro. El Templo del Pueblo era una secta religiosa con ideología utópico-comunista, fundada en Indianápolis en 1956 por un joven pastor metodista. En 1975 la comunidad entera se trasladó a la Guayana, en búsqueda de una tierra prometida y de condiciones de aislamiento que pudieran ampliar y difundir mejor los delirios de su jefe, convencido de ser la reencarnación de Dios. El suicidio fue un desesperado acto de búsqueda y de afirmación de una identidad fusional del grupo frente a denuncias del diputado Ryan, que quería demostrar al Congreso la ilegalidad y la tortura psicológica y física cotidiana que se desarrollaba en Jonestown. El suicidio hizo desaparecer la angustia paranoide de la destrucción externa del grupo por parte de su enemigo. Los cadáveres fueron encontrados juntos unos sobre otros, como si el grupo quisiera transmitir simbólicamente, en una última escena, la visión de intensa fusión de cada uno de sus miembros.

Análogas imágenes han caracterizado el descubrimiento, en agosto de 1985, de otro suicidio colectivo en la secta de Pork Soon-Ja, en Seúl (Corea del Sur). En este caso, 32 personas se quitaron la vida como respuesta paranoica a la policía, que pretendía arrestar al jefe por imputársele una estafa de casi nueve millones de dólares. También debe mencionarse aquí el suicidio de la secta de los davidianos, ocurrido recientemente en los EE.UU.

Lavaud, en 1991, publica un estudio sobre el suicidio colectivo, observando en primer lugar que si las publicaciones sobre el suicidio son numerosas, no lo son en este caso de actos colectivos. Casos como el suicidio colectivo de Jonestown en la Guayana, los últimos de la India, o las epidemias de suicidio en los indios de Matto Grosso, es frecuente que ocupen titulares de prensa. En realidad, las únicas estadísticas sobre suicidio colectivo que se encuentran son japonesas y muy antiguas (en 1949 estas formas suicidas representaban un 5,4% del total, y en 1954 se produjeron 1.281 casos de suicidios acompañados); en este país, la tradición del suicidio «a dos» está tan bien establecida, que existe un nombre propio para designarlo: *Shin-fû*. Desde Esquirol, numerosos son los autores que ven este acto colectivo como indicador de un estado mental patológico, esencialmente la melancolía. Las figuras posibles del suicidio «à deux» son las siguientes:

- Un solo sujeto tiene la idea suicida y la impone al otro: es el suicidio impuesto.
- Dos sujetos tienen la idea suicida al mismo tiempo, bajo la influencia de las mismas causas que la ocasionan: se habla entonces de suicidio simultáneo.
- Dos sujetos tienen la idea suicida, pero uno se suicida en primer lugar, y el otro, fascinado por la idea del acto del primero, se suicida al mismo tiempo o poco después.

En las estadísticas japonesas, se encuentran los siguientes casos de doble suicidio:

- Enamorados (58%).
- Matrimonios (10%).
- Parejas de homosexuales (4%).
- Suicidios de padres/hijos (el más común es de madre/hijo) (22%).
- Diversos (6%).

E. El suicidio de los jóvenes

El suicidio en los jóvenes reviste un particular interés desde un punto de vista criminológico; los intentos de suicidio en los adolescen-

tes interesan en cuanto pueden ser considerados como expresión de un cambio comportamental en la vía de la maduración, o como manifestación de la emergencia de un substrato patológico lleno de alteraciones en el contacto social aparentemente no manifiesto. Enucler los factores psicodinámicos capaces de inducir al joven al acto suicida reviste en este sentido una gran importancia con fines de prevención del fenómeno.

En 1987 se ha desarrollado un gran debate que ha llegado a la opinión pública, debido a la constatación del aumento relativo de tasas suicidas juveniles en América y en otros países occidentales, y en Japón, con fenómenos de imitación de sucesos colectivos.

En los EE.UU. las tasas de suicidio en el grupo de edad entre 15 y 24 años ha llegado a ser de 12/100.000. No obstante, la edad con mayor riesgo es la situada entre los 15 y los 19 años, cuando viven experiencias dramáticas seguidas de litigios con los padres, su divorcio, o con escenas de violencia familiar o de muerte reciente en el ambiente que les rodea.

Entre los signos premonitorios de suicidio en los jóvenes deben señalarse los siguientes:

- Preocupaciones con sufrimiento y discurso de muerte y de suicidio.
- Abandono de objetos que antes eran preciosamente conservados.
- Pérdida de interés por los estudios y por sus actividades favoritas.
- Falta de participación en competiciones.
- Pérdida de apetito y alteraciones del ritmo del sueño.
- Uso de drogas y alcohol.
- Cambios imprevistos de comportamiento y de personalidad.
- Irritabilidad frecuente y sin motivo.
- Comportamiento impulsivo y agitado.

Un caso aún más dramático es el representado por el suicidio de niños entre los 9 y los 14 años. Se han señalado como premonitorios los actos autolesivos, para llamar la atención de sus progenitores, siempre distraídos y alejados del niño.

El concepto de «muerte» sería del todo incomprensible para el niño que tiene 4 ó 5 años. Su conocimiento comienza con experiencias de desaparición reversible de una persona importante para él.

Los niños entre 10 y 12 años tienen una noción abstracta de la «muerte», estrechamente ligada al contexto cultural y religioso del niño.

Deshaiés (1947), en su *Psicología del suicidio*, después de haber considerado el significado del suicidio infantil en el desarrollo mental del niño, formula una clasificación donde establece 4 formas fundamentales:

- Suicidio emotivo impulsivo.
- Suicidio imaginario.
- Suicidio pasional.
- Suicidio simulado.

Despert (1952), analizando las posibles motivaciones emotivo-impulsivas del suicidio, especialmente en el aspecto depresivo del cuadro suicida, distingue una serie de posibles elementos causales:

- 1) Una carencia afectiva, con deseo de castigo a los padres y al contexto, reputados responsables de tal privación.
- 2) Un proceso identificativo con la persona muerta (parental).
- 3) Un proceso análogo identificativo con un personaje fantástico del sujeto.
- 4) Un fuerte sentimiento de culpa y de castigo.

Por su parte, Bollea y Mayer (1976) proponen explicar el comportamiento autolesivo de los adolescentes según un modelo dinámico particular; existe un mecanismo de *acting-out* en el que la acción autolesiva sustituye mecanismos elaborados como la racionalización y la sublimación, y para los autores, el gesto autolesivo tiene un significado captante/recaptante, hacia el ambiente, o el valor de una fuga del contexto, interpretado como opresivo y hostil.

Intentando estudiar este preocupante fenómeno del suicidio juvenil, Faure y Terrades, en 1991, publicaron un estudio longitudinal de un cuarto de siglo, sobre la prevención del suicidio en sujetos jóvenes en un Departamento semi-rural (Eure-et-Loir), considerado como uno de los que tienen las tasas suicidas más altas de Francia, figurando en el

«libro negro» de las estadísticas ministeriales. Sin embargo, en este Departamento, en los últimos 25 años, han existido relativamente pocos suicidios en el tramo de población de menores de 35 años. El análisis médico-sociológico de esta situación ha sido realizado en tres períodos sucesivos:

- *Primer período:* La primera serie de investigaciones ha consistido en contabilizar todos los suicidios surgidos en todas las edades en Eure-et-Loire entre 1959 y 1972. Se ha observado que mientras en todo el país la tasa suicida en jóvenes aumenta, en este departamento ha disminuido. Las razones de esta paradoja se achacan, entre otras, al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil creado en 1956 en el Hospital de Bonneval. De 5.000 jóvenes asistidos entre 1956 y 1972 por este servicio, solamente cuatro se han suicidado, estando en fase de descompensación, en una situación en que era imposible actuar como anteriormente se les había atendido.
- *Segundo período:* ¿Qué ha ocurrido en el curso de los 10 años siguientes? En 1983, el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil ha obtenido 2.000 historias más. La observación ha sido reforzada: ningún suicidio más ha sucedido. Es evidente que sobre 7.000 historias psiquiátricas, donde se concentra morbilidad suficiente, algún suicidio debería de haberse producido; sin embargo, esto no fue así.
- *Tercer período:* Ha comenzado en 1984 y se continúa aún. Los jóvenes de años atrás son cada día más adultos y muestran cada vez más agradecimiento al servicio de psiquiatría que los ha atendido previamente. La población de este departamento o provincia, es sedentaria, y debe remarcarse la aptitud atenta del personal hospitalario a toda la información grave concerniente a sus enfermos. Sólo dos casos de suicidio de antiguos pacientes juveniles del servicio se han conocido.

Del estudio, los autores extraen una conclusión para la prevención suicida: *un dispositivo de psiquiatría infanto-juvenil es capaz de reducir, de manera significativa, la mortalidad por suicidio de una población infantil, de adolescentes y de adultos jóvenes.* Los servicios de psiquiatría son capaces de disminuir el número y sobre todo de atenuar la gravedad de los pasos al acto. Los mecanismos puestos en juego para la prevención del suicidio son la disponibilidad y la continuidad de la acción del equipo médico y paramédico de un territorio dado. El hecho

para los jóvenes de tener un médico de confianza que intervenga en las primeras fases de su vivencia depresiva, prestándoles los cuidados necesarios, farmacológicos, de psicoterapia y eventualmente institucional; el hecho de poder recurrir a su médico o alguna persona del equipo en los momentos de una descompensación ulterior, y el hecho de poder llegar en el caso de un nuevo desarrollo de su enfermedad a una estructura de salud que ya conocen; todo ello constituye un resorte de prevención en la pulsión suicida, que contribuye a rebajarla. Los autores defienden una visión unitaria de la enfermedad mental, opuesta a una fragmentación que separa demasiado radicalmente la psiquiatría infantil, de los adolescentes y de los jóvenes adultos. La psicopatología en efecto, tiene un desarrollo psíquico a través de las distintas etapas de la vida, y la terapéutica deberá poder adaptarse y acompañar lo más posible a su paciente a lo largo del viaje. Es importante tener presente las dos categorías siguientes: de una parte, a los responsables de la Higiene Escolar (médicos, psicólogos, profesores, animadores de grupos de apoyo, padres) en su acción tutelar, que debe seguirse hasta la época pre-profesional o universitaria; y de otra parte, los médicos generales, que, especialmente en los niños y adolescentes, pueden ser los primeros en conocer los síntomas distímicos, aunque sólo sea para detectar las fases ulteriores de la enfermedad depresiva.

Tousignant, en Montreal, ha realizado, también en 1991, un estudio internacional sobre las tasas suicidas en jóvenes, revisando críticamente las cifras aportadas por algunos países, mostrando el autor cómo el número de suicidios proporcionado por los investigadores y los organismos oficiales está en numerosos casos por debajo del real. El autor observa cómo según las estadísticas del suicidio publicadas por la OMS, en los 62 países estudiados, entre 1960 y 1986, el suicidio aumenta en este cuarto de siglo en un 37%, afectando particularmente a las regiones industrializadas, mientras que en otros lugares tiene una tendencia a disminuir, explicando estas tendencias Tousignant en función de los cambios demográficos producidos. En este sentido, en Francia y Bélgica, las personas de más de 60 años se suicidan cuatro veces más que las personas con edad entre los 15 y los 29 años, mientras que en Canadá, la proporción de suicidios es la misma en estos grupos de edades. En su revisión de la literatura, nos muestra cómo el suicidio, si las circunstancias y los acontecimientos que existen en las distintas culturas son de cariz negativo, el sufrimiento individual deviene insoportable porque no existe solución que dar a la víctima. Los acontecimientos o condiciones de vida intolerables dependen de los valores culturales. En una sociedad donde las responsabilidades colectivas no están bien delimitadas y don-

de las faltas son poco sancionadas por una mala reputación social, el sentimiento de alto riesgo es menos tendente al suicidio. De la misma forma, en un medio donde la mujer puede protegerse contra los malos tratos del marido, el suicidio tiene muchas menos probabilidades de aparecer como forma de solución. Por otra parte, si el suicidio es a veces acompañado de ciertos rituales o de otros elementos propios de una cultura, ello no quiere decir que sus miembros obedezcan a una tendencia mimética innata de la población hacia el suicidio. Es probable que los dramas personales, que también cambian con las circunstancias vitales a que las víctimas están expuestas, determinen la decisión final de quitarse la vida. El análisis realizado en la investigación del autor, muestra variaciones en los motivos de suicidio entre las sociedades tradicionales y las sociedades industrializadas. Mientras existe una tendencia a moderar la visión romántica del suicidio, como característica exótica, en las sociedades poco o nada industrializadas, existe sin embargo una ausencia de perspectiva cultural en los estudios de sociedades europeas y norteamericanas. Los estudios de emigrantes en Australia sugieren claramente la persistencia de determinantes culturales años después de que el grupo haya inmigrado a una nueva sociedad; de este modo, en Montreal es menor el suicidio en jóvenes provenientes de familias del Tercer Mundo que en los jóvenes de familias francófonas. La historia de relación padres-hijos revela que el control sobre estos últimos es mucho más rígido en estas familias de emigrantes que en las otras, lo que permite probablemente una identificación parental más sólida. Cuando existe negligencia en la atención por parte de los padres, los rasgos psicológicos suelen identificarse con la confusión y la dificultad de encontrar soluciones a sus problemas vitales; es el caso de los francófonos. Actualmente se conocen muchos elementos de la biografía de jóvenes suicidas en Europa y América del Norte. Problemas familiares, separación de uno o de los dos padres, con paso a familias adoptivas, consumo abusivo de drogas y alcohol, son temas reflejados en la mayoría de los estudios. Desgraciadamente, se ignora qué combinación de estos factores culturales son decisivos en este paso. Es necesario un diálogo entre la antropología, la sociología y la psicología para identificar los factores articulados en el desarrollo de las tendencias suicidas. A nivel metodológico, el análisis comparativo entre varios países permite ver cómo es la dinámica de las tendencias suicidas en cada medio. Pero los instrumentos responden a estándares clásicos de fiabilidad y validez, que deberán ser suficientemente sensibles a las variaciones culturales. A estos efectos, las entrevistas semi-estandarizadas, donde la codificación está basada en criterios bien establecidos, contienen los mejores augurios

para la materia preventiva del suicidio, donde el análisis de las asociaciones factoriales permiten generar hipótesis sobre la manera en que una variable interacciona con otra.

Kralik (1992) ha tratado de identificar estilos y mecanismos relevantes en la prevención de la progresiva letalidad de la conducta suicida entre jóvenes. Ha observado un colegio con 296 estudiantes, de edades comprendidas entre 18 y 24 años, que se autoidentificaban como: no portadores de ideas suicidas, ligera ideación suicida, ideación suicida severa o con intentos suicidas. Se les aplicó un instrumento similar a la escala *Reasons for Living Inventory* (de Linehan, Goodstein, Nielson y Chiles, de 1983), derivado de ésta, para edades específicas, sobre afrontamiento de cogniciones, y una escala de afrontamiento de estrategias para disminuir la suicidabilidad, para comparar la fiabilidad de ambas. El análisis discriminante de la media de factores puntuados por cada escala atribuye la pertenencia de distintos mecanismos de afrontamiento entre los cuatro grupos. La autora distingue en sus conclusiones, modelos de mecanismos de afrontamiento, con características similares y diferencias entre sí.

Miller y cols. (1992) examinaron las percepciones de adolescentes sobre el desenvolvimiento de su familia, asociando este factor a la conducta suicida. Estudiaron 50 adolescentes suicidas, 14 controles psiquiátricos y 14 controles normales, junto a sus familiares, estudiando la cohesión familiar, adaptabilidad, comunicación padres-adolescentes, enfrentamiento a los padres y protección-libertad de los padres hacia los hijos. Los adolescentes suicidas presentaban una menor cohesión familiar y más rigidez en los tres grupos, sugiriendo esto a los autores que la conducta suicida se presenta en los adolescentes cuando existe un mayor grado de inflexibilidad en el sistema familiar. La situación en los controles psiquiátricos presenta disfunciones familiares similares, y teniendo más que los controles normales. Los autores concluyen sugiriendo la importancia de las severas características atribuidas a las familias de los suicidas adolescentes, que actuarían como un factor de riesgo en adolescentes con presencia de psicopatología, dentro de esta conducta suicida específica.

En conclusión, el suicidio en los jóvenes y en los adolescentes representa un peligro concreto a valorar adecuadamente, y que no se debe olvidar, sobre todo en presencia de los factores que se han indicado como predisponentes, y sobre los que no es posible por ahora pronunciarse con certeza, ni para afirmarlos ni para excluirlos, del papel causal real en el suicidio.

E. El suicidio en los ancianos

El suicidio es prevalentemente un método de muerte en edades avanzadas, especialmente en los sujetos viudos o solteros. Respecto al suicidio específico de las edades avanzadas de la vida, Miller (1979) escribió el último libro profesional sobre el suicidio en los ancianos (*Suicide after Sixty: The Final Alternative*), revisando empíricamente la literatura existente en los años setenta sobre el suicidio en los ancianos, con particular atención a los factores específicos asociados con el suicidio de las personas mayores (por ejemplo, enfermedad física, mental, jubilación, muerte del cónyuge, etc.). Además, recoge casos detallados de suicidios de personas ancianas, sugiriendo centrar la atención preventiva en esta población de edad avanzada. Otra autora, Osgood (1985), resalta factores de alto riesgo en los ancianos, entre los que se encuentran las características depresivas y las situaciones circunstanciales, positivas o no, que se encuentran en los viejos (satisfacción vital, moral, estrés, soledad), y que son estudiadas con instrumentos severos que se incluyen en el estudio. Finalmente, la autora discute intervenciones estratégicas específicas en ancianos con elevado riesgo de suicidio (el papel de los enfermeros, farmacología, grupos de soporte, terapia de búsqueda vital, terapias creativas, etc.). La misma suicidóloga, junto a McIntosh, en 1986, escribió otra obra que, como la anterior, trata de encontrar respuesta a la pregunta de cuál es el motivo que lleva al suicidio a los ancianos, describiendo aspectos demográficos, teorías explicativas, seguimiento y prevención, ética, y futuras áreas de estudio respecto al suicidio en estos ancianos. Además, la obra contiene numerosas citas bibliográficas sobre el tema hasta 1985 en lengua inglesa, revisiones doctrinales, investigaciones empíricas y un listado sobre el tema en otras lenguas no inglesas. Stillion, McDowell y May, en 1989, publicaron el libro *Suicide Across the Life Span-Premature Exits*, donde revisaron la literatura suicidológica, en especial en determinados períodos de la vida. Después de una historia del suicidio, con estadísticas y definiciones, revisan algunas perspectivas que se pueden utilizar para explicar la conducta suicida (incluyendo el psicoanálisis, teorías psicosociales, conductuales, sociológicas, biológicas, humanistas y cognitivas). En los capítulos de su libro se incluye el suicidio en los niños, adolescentes, jóvenes, adultos jóvenes, personas de mediana edad y de edad avanzada. También se recoge la literatura sobre prevención, intervención y tratamiento del suicida. El libro concluye con la aplicación del concepto de escaso desarrollo del espacio vital a la conceptualización del suicidio, donde el suicidio es visto como una salida simple en todos los gru-

pos de edad, pero también como un largo proceso vital. Stones y cols. estudiaron ese mismo año (1989) la predicción de mortalidad en cinco años, de 156 residentes en instituciones canadienses, con una media de edad de 79 años. Incluyeron variables demográficas, tres índices de salud, tasas de calidad de vida, índices de personalidad y estrés vital, función cognitiva y nivel de actividad. Los mejores predictores de supervivencia fueron: tener menor edad y un alto nivel de actividad, que además son independientes. No se encontraron, sin embargo, relaciones entre nivel de actividad y nivel de salud. En la revista *Crisis* (n.º 12), periódico oficial de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Kerkhof y De Leo han publicado un artículo titulado «Suicide in the Elderly», dividido en 10 capítulos, donde subrayan las características generales del suicidio en los ancianos, los factores psicosociales que intervienen y estrategias de intervención. El artículo continúa con la presentación de trabajos sobre los ancianos suicidas de la India, Japón, Alemania y Holanda, aportando una perspectiva internacional. Los resultados con que concluyen los autores están referidos al suicidio «racional» y a la importancia de la «concienciación» sobre los problemas que existen a lo ancho del mundo, en todos los niveles.

Kastenbaum (1992) refiere cómo las personas de edad avanzada son quienes tienen alto riesgo de suicidio, cuando tienen características asociadas de escasas oportunidades de comunicación o una baja inclinación comunicativa (por ejemplo, hombres residentes en zonas de tránsito urbanas, que sufren un estado de depresión). En su trabajo intenta exponer perspectivas convergentes de muerte y suicidio, con puntos de atención externos que deben observarse en estas personas. Critica las propuestas policiales que concurren, limitando la respuesta de la sociedad, hacia estas personas vulnerables y que deberían basarse en la «vida en su espacio natural». Los estudios en gente de edad avanzada, con diversidad de aptitudes hacia la muerte, no sirven para establecer generalizaciones y estereotipos. De todas formas, aparecen condiciones estresantes vitales, que despiertan más ansiedad en estas personas mayores y que producen aún más proyectos de muerte.

McIntosh (1992), de la Universidad de Indiana, aporta también un estudio epidemiológico del suicidio en personas de edad avanzada. Dice el autor que las tasas de suicidio en los Estados Unidos son más elevadas que en otros lugares, debido a este grupo de la población que se comporta como un todo. Típicamente, los índices más altos se producen en los adultos más viejos. Epidemiológicamente, los datos de intentos de suicidio, en la población adulta, se presentan de forma focal en los

Estados Unidos. Edad, sexo, raza, estado civil y métodos suicidas son factores de suicidio que detalla, intentando extraer predicciones futuras de cambios, en las tentativas y en los índices de suicidio de la población adulta. Además, aporta este autor datos de la literatura sobre el parasuicidio y de sobrevivientes adultos suicidas, así como formas de aparición de conductas de adicción, fatales para el suicida. Las tasas por 100.000 habitantes, durante 1988 y según los grupos de edad, fueron los siguientes:

- 0,7 para las edades entre los 5 y los 14 años.
- 13,2 en los grupos de edad entre los 15 y los 24 años.
- 15,4 entre los 25 y los 34 años.
- 14,8 entre los 35 y los 44 años.
- 14,6 entre los 45 y los 54 años.
- 15,6 entre 55 y 64 años.
- 18,4 entre 65 y 74 años.
- 25,9 entre los 75 y los 84 años.
- Y 20,5 en mayores de 85 años.

Además, en este mismo período de tiempo, las diferencias sexuales fueron importantes a costa de los varones. Mientras las mujeres en todas las edades mantuvieron sus tasas por debajo de 10 suicidios/100.000 habitantes, los hombres, hasta los 74 años, se mantuvieron en tasas en torno a 30 suicidios por 100.000 habitantes, duplicando esta cifra (60 suicidios/100.000 hab.) en las edades superiores a 75 años. Estudiando las diferencias raciales según los grupos de edad, se observa en 1988, cómo tanto los blancos y las otras razas siguen una evolución paralela hasta los 74 años, con una proporción mayor del suicidio de la raza blanca, en torno a 10 suicidios más por 100.000 habitantes, reduciéndose esta diferencia a la mitad (5/100.000) en las edades más jóvenes (hasta los 35 años), en que casi se igualan las frecuencias suicidas raciales. Pero la gran diferencia racial en el suicidio se produce en las poblaciones de edad superior a 75 años, donde el índice de suicidios en los blancos casi triplica al resto de las razas. De todas formas, McIntosh expone en su artículo la evolución de las tasas suicidas desde 1930 a 1990, según los grupos de edad en los Estados Unidos, y observa cómo la tendencia es a igualarse las tasas, pues en 1990 la tasa de suicidio de los menores de 24 años se sitúa en un 14/100.000 habitantes (en 1930

Cuadro 12. TASAS DE SUICIDIO EN EE.UU., DURANTE 1988, SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL SEXO

Estado civil	Tasa global Nación-Viejos	Varones Nación-Viejos	Mujeres Nación-Viejos
Total	16,0-22,3	26,4- 43,7	6,4- 7,1
Casados	11,5-20,6	18,7- 32,1	4,5- 5,3
Solteros	18,2-25,5	28,2- 54,7	6,2- 7,4
Viudos	21,8-21,4	84,7- 87,2	9,0- 8,1
Divorciados	36,6-46,5	66,2-101,7	15,7-12,8

se encontraba en 7/100.000), mientras que la tasa suicida en mayores de 65 años, que en 1930 estaba en 45/100.000 habitantes, en 1990 se encuentra en 21 suicidios/100.000 habitantes. En otro apartado, el autor presenta las tasas de suicidio en la población de edad más avanzada, según el estado civil y el sexo durante 1988, comparándolas con las tasas globales (Cuadro 12). Aquí se puede observar cómo son los hombres de edad avanzada los que más se suicidan, en todos los estados civiles, mientras que las mujeres de mayor edad que se suicidan suelen ser las solteras y las casadas. Si nos fijamos en la población global de edad avanzada y la comparamos con la tasa global nacional por estados civiles, se observan picos suicidas en las personas mayores casadas, solteras y divorciadas, en tanto que sólo los viudos se suicidan más a cualquier edad. Otro dato que proporciona McIntosh es la frecuencia suicida en distintos países, en la población de más de 65 años, comparándola con otras edades, en distintos años de la década de los ochenta. Las tasas mayores las presenta Hungría con 41,6 suicidios/100.000 habitantes, que en las edades superiores a 65 años se eleva a 83,8/100.000, seguida de Sri Lanka con 35,8 y 57,6/100.000 habitantes, respectivamente, para población general y los mayores de 65 años. La frecuencia suicida más baja se registra en Colombia con 3,8 y 5,7 suicidios/100.000 habitantes en la población general y en las edades más elevadas.

Lester y Yang (1992) realizaron una revisión de los datos existentes sobre índices de suicidio en personas de edad avanzada, en regiones sociales similares, encontrando relación con los índices suicidas de personas jóvenes, lo que se explica utilizando teorías sociológicas similares. Las series temporales estudiadas en EE.UU. indican el impacto de la prosperidad económica (beneficioso) en los índices de suicidio de las personas mayores, lo que provoca repercusiones en las tasas suicidas de

los adultos jóvenes (en su detrimento), que aumentan proporcionalmente.

Rifai y cols. (1992) estudiaron la biología del suicidio de las personas de edad avanzada. Los últimos estudios sobre el suicidio en pacientes jóvenes demuestran que esta población posee alteraciones significativas en el sistema serotoninérgico. A través de un alto porcentaje de suicidios consumados en las últimas etapas de la vida, los datos de estudios realizados en suicidas de estos grupos de edad también observan estas alteraciones biológicas. Se aprecian cambios en el sistema nervioso central del suicida de estas edades, a través de estudios biológicos *post-mortem*, tanto en suicidios consumados como en intentos suicidas. Los intentos suicidas en las personas de edad avanzada se caracterizan por el uso de medios violentos, y discute el autor sobre la violencia impulsiva a través de los estudios biológicos. Finalmente, el autor describe datos sobre el efecto degenerativo provocado por el sistema serotoninérgico y su posible unión al aumento de conductas suicidas en los pacientes geriátricos afectados.

Leenaars (1992), en Ontario, realizó una investigación sobre las notas suicidas dejadas por la población geriátrica. Primero el autor pone de manifiesto cómo aunque no en todos los Estados, sí en todas las zonas geográficas de los EE.UU., los adultos más viejos desarrollan un alto riesgo de muerte por suicidio. Las características psicológicas de estos suicidas no se pueden atribuir solamente a los acontecimientos ocurridos al comienzo de la vejez. Una forma de comprender globalmente estas complicaciones que se presentan es a través de las notas o escritos suicidas. Aunque presentan limitaciones, las notas suicidas contienen revelaciones especiales de la mente humana y explican cómo estas personas de edad avanzada van captando la idea suicida. En su trabajo subraya las publicaciones de la literatura científica sobre los tópicos de las notas suicidas en la población anciana. La búsqueda científica indica cómo a lo largo del tiempo se han establecido críticas a la comprensión del suicidio en la población de mayor edad. De todos modos, expresiones indirectas (por ejemplo, ambivalencias o implicaciones inconscientes) son frecuentemente observadas en las notas de esta población senil. La investigación también pone de manifiesto cómo los hombres ancianos escriben sobre sus problemas dolorosos y sobre sus relaciones interpersonales en sus cartas finales, y este dolor se manifiesta en ellas como desencadenante de su decisión final. Las futuras investigaciones deberán seguir un análisis protocolizado, basado específicamente en investigación suicida de este grupo de riesgo.

Farberow y cols. (1992) han estudiado el papel desempeñado por los Acontecimientos Vitales, en el proceso de luto de los cónyuges supervivientes a muertes por suicidio y muertes naturales. Se examinan los cambios en el apoyo social y en el papel de las personas viudas de edad avanzada, buscando diferencias y similitudes según el sexo, el tiempo y el modo de muerte. Los resultados se estudiaron en 4 períodos de tiempo: a los 2 meses; a los 6 meses; al año, y a los 2 años o 2,5 años. Se estudiaron 108 sobrevivientes de suicidas ancianos, 199 sobrevivientes de muertes naturales y controles no afligidos. Los resultados indican que los sobrevivientes de suicidio tienen más bajo, significativamente, el soporte emocional de su sentimiento de depresión y mayor aflicción que los sobrevivientes de muerte natural. También revela el estudio que estas personas sobrevivientes de suicidios no confían en las personas con quienes se relacionan, aunque confían algo más que los controles. Las mujeres del estudio reciben mayor apoyo que los hombres. Un bajo nivel de apoyo social perciben en los 6 meses después de la muerte en ambos grupos con luto, pero en la práctica quien primero recibe ayuda son los sobrevivientes a una muerte natural. Finalmente, a los dos años, el soporte emocional aumenta en ambos, hasta igualarse al nivel alcanzado inmediatamente después de la muerte.

Canetto, un año antes (1991), expuso, en el seminario sobre *Suicidio en los ancianos*, desarrollado en la Convención de la Asociación Americana de Suicidología, celebrada en Boston (Massachusetts) en 1991, su experiencia sobre «Sexo y Suicidio en los Ancianos». Esta autora dice que el sexo es uno de los más importantes predictores del suicidio en este grupo de edad. En EE.UU., las mujeres ancianas presentan tasas de suicidio inferiores a los ancianos. Las diferencias entre los suicidólogos, tienen como causa la ignorancia del sexo y la presunción de otras causas en la conducta suicida de los hombres viejos. La autora centra su estudio en las menores tasas suicidas de la mujer anciana. Las diferencias genéricas en el número de suicidios reflejan diferencias de afrontamiento o «coping», señalando direcciones de prevención.

Humphry (1992) explica su teoría sobre el suicidio lógico entre los ancianos. Para este autor, la edad avanzada no tiene por qué ser necesariamente causa de una autodestrucción. Pero el suicidio y la asistencia al suicidio se vislumbra en las situaciones de enfermedad terminal causante de extremos sufrimientos como algo ética y legalmente aceptado. Este autor aborda una perspectiva racional del suicidio como éxito final entre los ancianos.

En esta misma línea, Richman (1992) escribe un artículo sobre «Una aproximación racional al suicidio *racional*». El suicidio es una reacción interna y externa surgida del estrés y del impacto de acontecimientos vitales. En la población anciana estas situaciones son prevalentes en algunos, que sin embargo no se suicidan y eligen la vida. Son los representantes de los que se podrían llamar «vitalistas racionales». Nunca consideran el suicidio racional como una alternativa. La razón de este fenómeno es revisado y sugiere una aproximación racional a la afirmación de la vida antes que al rechazo de la misma. Entre los factores de riesgo y sus signos más frecuentes, Richman señala los siguientes: depresión; paranoia y aptitudes paranoicas; rechazo de ayuda; una pérdida mayor, como la muerte de la esposa; una historia de pérdidas grandes; un intento de suicidio reciente; una historia previa de intentos de suicidio; una enfermedad grave mental, física o neurológica; crisis mayores de transición, por entradas inminentes o salidas del hogar; crisis mayores o cambios en otros miembros de la familia; bajo nivel de independencia cuando la dependencia es inaceptable; sensación de innecesidad o devaluación, etc.

Las habilidades y recursos que refiere el autor para evitar el fin mediante suicidio son las capacidades siguientes: la comprensión, la comunicación, beneficiarse de la experiencia, beneficiarse del conocimiento, aceptar la ayuda, enamorarse, la sabiduría, el sentido del humor, el interés social, el afecto de la familia, el afecto de la red social del sujeto, el afecto en general, reconocimiento profesional y la salud de las amistades.

Richman, ese mismo año (1992), publicó el último libro sobre tratamiento y psicoterapia primaria del suicidio en los ancianos desesperados (*Overcoming Elderly Suicide*). El autor describe cómo son los ancianos los que solicitan ayuda que trascienda a su urgencia autodestructiva, para evitar su salida final. Expone teorías, investigaciones y signos clínicos que comprenden la aproximación al ofrecimiento vital, mediante signos cognoscitivos, entrevistas de seguimiento, intervención en crisis, principales ayudas en las relaciones y psicoterapia (individual, en grupo y familiar).

Austin y cols. (1992) estudiaron, en el libro de Durkheim *El suicidio*, la situación anómica general, la anomia conyugal y el papel sexual como desencadenantes de muertes voluntarias, y que convergen en la explicación del surgimiento de cambios en la proporción de suicidios, según las condiciones de cambio social. Los autores utilizan el análisis

de la proporción de suicidios en los Estados Unidos, según el sexo, entre 1950 y 1984, y mediante una regresión, ponen de relieve la relación de suicidios en mujeres educadas en el logro, mujeres blancas trabajadoras y participativas, mujeres fértiles blancas y divorciadas. La situación de anomia general explica la tendencia suicida de la mujer que soporta estas circunstancias negativas, en la edad media de la vida (entre los 30 y los 54 años), pero no en las jóvenes (entre los 10 y los 30 años) o en las de mayor edad (entre 55 y 74 años). La anomia conyugal es soportada por grupos de edad entre los 15 y los 44 años, cuando no tienen anomia general pronunciada. El papel de convergencia de las situaciones anómicas, en la explicación del suicidio, es reflejada por todos los grupos de edades (cada 5 años). La anomia general no explica, sin embargo, la tendencia suicida de los grupos activos que soportan relevantes cambios sociales o de los grupos con estatus reducidos influidos por algunos cambios sociales.

EL SUICIDIO EN LAS INSTITUCIONES

El suicidio tiende a manifestarse en el ámbito de las instituciones caracterizadas por un elevado grado de control y por el correspondiente bajo grado de autonomía decisional y libertad de movimiento.

Algunas de estas instituciones son totales en el más amplio sentido del término, como las cárceles o los hospitales psiquiátricos; otras se caracterizan por un mayor grado de libertad, como los hospitales generales o el ejército, en su configuración estatal o como grupo armado eventualmente clandestino. En estos casos existe una mínima incidencia de suicidios patológicos y psiquiátricos en sentido estricto, si no que el suicidio representa la reivindicación del propio estatus de hombre libre y autodeterminante, frente a la opresión más o menos total que se desarrolla sobre el interno, como en el caso de una enfermedad o de una profunda y radical convicción ideológica, o como la condición de recluso en aislamiento, o con la convicción de una injusticia súbita.

Típicos de la institución militar son los suicidios heroicos, los «mártires», que con su sacrificio hacen vencer y prevalecer el ideal, la fe o el dominio por el que combaten. En la mayor parte de estos casos se busca una muerte gloriosa, en la necesidad y convicción de pasar a una vida eterna mucho más deseable que la realmente vivida.

1. Suicidio en las cárceles

Existen suicidios reivindicativos, que se desarrollan de modo lento a través de huelgas de hambre —como en el caso de 10 detenidos pertenecientes al IRA (Ejército Irlandés Republicano), que se dejaron morir en trágica cadena para protestar contra la dureza de las condiciones carcelarias reservadas para ellos y para reivindicar su papel de prisioneros de guerra—, pero muchas veces el suicidio puede ser determinado por diversas causas psicológicas y funcionales. Entre éstas se recogen el miedo extremo, la depresión y la alucinación psicótica.

Una condición de depresión y de miedo puede desencadenar un intento de suicidio, que puede ser desencadenado por los siguientes sucesos dentro del ambiente carcelario:

- Noticias en cautividad (enfermedad o muerte familiar, abandono por parte de la familia o infidelidad de la mujer).
- Violencia homosexual.
- Falta de noticias y de información externa.
- Aislamiento imprevisto (en detenidos arrestados por primera vez o arrestados por motivos fútiles).
- Inesperada condena y un período de detención consiguientemente largo.
- Sentido de culpa emergente de la reconsideración del delito cometido (especialmente en el caso de crímenes contra niños, parricidas, asesinos de amigos, etc.).
- Tener de repente un problema físico o moral con otros detenidos o con los funcionarios.
- Aislamiento por un período largo en una condición de espera de un juicio definitivo.

Signos premonitorios que deben tenerse en cuenta para reconocer precozmente un síndrome depresivo que se desarrolla hacia un éxito suicida son los siguientes:

- Pérdida del apetito.
- Dificultad en el sueño, con despertar precoz y doloroso.
- Letargia durante el día.

- Estado de tensión, de irritabilidad y de agitación.
- Falta de participación en las actividades desarrolladas en compañía de otros detenidos.
- Arrepentimiento pronto y resignado.

Los suicidios en las cárceles son numerosos e inevitables; las estadísticas suelen ser reticentes, y por tanto es difícil objetivar suficientemente su análisis. Puede afirmarse que la mayor parte de los casos pueden evitarse mediante una eficiente y atenta gestión de las condiciones de la vida carcelaria y desde un control más sensible de la situación individual, sobre todo con leyes penitenciarias flexibles e inteligentes y con la disponibilidad de medidas alternativas a la detención.

2. Suicidio en el ejército

En los últimos tiempos, muchos suicidios de jóvenes en el ejército han tenido amplia resonancia en la opinión pública, lo que ha inducido a la autoridad militar a emprender estudios y buscar correctivos para esas situaciones.

Un Congreso Internacional sobre medicina militar se desarrolló en Roma en 1986. Según la sanidad militar, no existen grandes diferencias entre las tasas de suicidio en el ambiente militar y en el ambiente civil en poblaciones similares. No obstante, se puede decir que el servicio militar para algunos jóvenes puede representar un estrés insuperable, lo mismo que para otros son estresantes en la vida civil otro tipo de sucesos.

La diferencia entre los dos fenómenos es la mayor dureza, aunque existe mayor capacidad de sostén y de control en las instituciones militares respecto a la vida civil.

Es posible que, excluyendo sucesos francamente patológicos, algunos suicidios en el ámbito militar deben referirse a la dificultad o imposibilidad de adaptación, que no debe ser difícil diagnosticar en el momento de la selección de los mozos o controlar sucesivamente al proseguir la actividad militar. Aunque en este caso, los estudios y análisis están fuertemente limitados por la reticencia y reserva de los datos.

En tiempo de guerra, los casos de suicidios «mártires de la revolución», que como autobombas se lanzaron contra los muros de embajadas consideradas enemigas, son semejantes a los *kamikazes* japoneses, que en la Segunda Guerra Mundial se lanzaban en sus aviones como bombas humanas contra las naves americanas. Estos casos se pueden incluir en un fanatismo religioso y político técnicamente bien calculado en personalidades de jóvenes inexpertos e idealistas, inducidos al sacrificio absoluto a través de miras de heroísmo y de martirio y de la promesa de una vida eterna y mejor.

Crocq, en 1991, realizó un estudio sobre el suicidio en el medio militar, y después de exponer los puntos de vista sobre el problema, de autores como Durkheim, Halbwachs y algunos otros, distingue entre el suicidio, la tentativa de suicidio y las conductas suicidas, para estudiarlas desde el punto de vista clínico, psicosocial (como el entrenamiento en la desviación) y sociológico (con los hiatos de anomia en la vida militar). El autor ha realizado su estudio en 1960, cuando se examinaron y trataron suicidas militares en un contexto que revelaba un carácter epidémico, desde el triple punto de vista: clínico (examinando los casos particulares), psicosocial (adaptación del sujeto al grupo y a la institución) y sociológico (según la relación entre la vida en la institución y las tasas de conductas suicidas). Desde el plan clínico, observó que las conductas suicidas (término que prefiere a la tentativa de suicidio) eran realizadas por jóvenes con características de psicópata o inmaduros en conflicto con la institución; su gesto utilizando procedimientos ineficaces, abusando de alteraciones somáticas mínimas, era realizado en condiciones teatrales y pretendían achacarlo y motivarlo por un conflicto con la institución, traducido más en una llamada de ayuda que en una auténtica búsqueda de la muerte. Desde la perspectiva psicosocial, se revelan también aspectos de inadaptación y de conflicto con la institución militar y sus cuadros, de forma que estas conductas suicidas eran la demostración de desviaciones sociales previas que ya se habían manifestado a lo largo de su biografía, cuando debían enfrentarse a medios institucionales a los que tenían que adaptarse (familia, escuela, trabajo en fábricas, etc.). Estos sujetos presentaban una identidad en la situación, perseverando en las mismas reacciones. Ante problemas de adaptación a la institución militar, se revivían los problemas con las instituciones previas. Sociológicamente, puede entenderse (desde una óptica macrosociológica) el «acto suicida» como precio de las conductas suicidas en una región militar. El reparto de la población ha demostrado una eclosión en estas conductas en los momentos, lugares y circunstancias donde el soldado está menos presente en la institución, donde la institución

tiene menos influencia sobre él y donde la institución está alterada, anómica. Se encuentra aquí la anomia durkheimiana no como causa del suicidio, pero sí como causa desencadenante o de paso al acto. Existen dos niveles de causalidad en la aparición de estas conductas suicidas: un primer nivel, psicopatológico, que designa los candidatos a la inadaptación, con su dosis de desviación social previa y su propensión a elegir determinadas conductas desviadas, y un segundo nivel, sociológico, en el que es la institución misma en su funcionamiento con hiatos de anomia, donde se refugian los candidatos potenciales a la desviación. De otra parte, la sociedad global, por la acción de sus medios, y la institución militar misma, por su estilo de vida y por las costumbres de sus unidades, puede sugerir la elección de un modo específico de conducta, en el seno de una moda o en un contexto viril o asténico.

En este estudio, que debe entenderse en el contexto y en la época estudiada, aparecen los gérmenes que estudios posteriores han aportado para la interpretación de las palabras «suicidio» y «tentativa de suicidio», expresando la oportunidad para la Psiquiatría, como epidemiología e higiene mental, de utilizar conjuntamente los recursos de la clínica y la sociología.

3. Suicidio en los hospitales

Trasladando los suicidios que se realizan en los hospitales psiquiátricos, donde evidentemente es muy alta la concentración de personas con graves alteraciones mentales, se pueden considerar que los suicidios se desarrollan significativamente en el ámbito de los hospitales generales.

En este caso el suceso clave lo representa la existencia de una grave enfermedad o la convicción de tenerla; el mecanismo es siempre el depresivo, y la búsqueda de la muerte voluntaria tiende a evitar sufrimientos inútiles o a acelerar un proceso visto como ineludible.

Los ancianos abandonados en los hospitales pueden ser fácilmente víctimas de este tipo de suicidios, en los que la constricción profunda, vista interiormente, es como un cáncer que corroe el organismo del interno, que se adueña de la mente y poco a poco le imprime el impulso autodestructivo.

La única garantía que puede reducir el número y la gravedad de estos suicidios reside en la capacidad del contacto humano, en la eficiencia y humanidad de la estructura, y en la intervención del apoyo psicológico al enfermo, sobre todo al enfermo terminal y al difícilmente curable.

Epidemiología, suicidio en instituciones, características de la conducta suicida, tratamiento y ética, así como recomendaciones concretas, se detallan en el pequeño libro publicado por Moore y Tanney (1991), *Suicide in Older Adults: Selected Readings*.

Otro libro de la investigadora Osgood sobre el tema (*Suicide Among the Elderly in Long-Term Care Facilities*), elaborado junto a Brant y Lipman, y que está dividido en dos partes, fue publicado en 1991. En primer lugar, realizan un seguimiento nacional de los hogares públicos asistidos por enfermeros, relacionándolos con conductas suicidas (directas e indirectas, mortales y no mortales), y los comparan con otros ancianos residentes en otras instituciones. En la primera etapa, y durante el seguimiento realizado a lo largo del tiempo, se observa el desarrollo de lugares suicidas puntuales, socio-ecológicos, por los sujetos. Después se estudian los detalles, para finalizar revisando el estado vital depresivo, centro prevalente del suicidio en estas personas estudiadas, y su tratamiento. El libro concluye con sugerencias de cambios a lo largo del tiempo en los lugares institucionalizados, como forma de prevenir el suicidio en estos sujetos de edad avanzada, resaltando los dilemas éticos y los aspectos legales del suicidio institucional de estos ancianos.

En el plano nacional, Soto Alba y cols., en 1991, realizaron un estudio epidemiológico de las conductas suicidas en Cádiz, describiendo una muestra de 100 pacientes ingresados en un Hospital General por conducta suicida, de los cuales 7 pacientes fallecieron después de desarrollar el acto suicida. En estos 7 pacientes, la edad media fue de 28,5 años, oscilando entre los 20 y los 40 años. Había 4 varones y 3 mujeres, estando 3 de los varones solteros y 1 casado, mientras que las mujeres estaban 2 casadas y 1 soltera. 3 suicidas habían presentado previamente intentos suicidas, encontrándose los 7 a tratamiento médico en el momento del suicidio (3 de tipo psiquiátrico), siendo sus diagnósticos clínicos en 3 casos de trastornos afectivos, en 2 casos de alcoholismo y toxicomanías y en los otros 2 casos de psicosis esquizofrénicas.

Litman (1992) refiere, en su revisión del tema, que las cifras de suicidio consumado tras un año de la descarga desde el hospital psiquiátrico se sitúan entre el 0,2-0,5% de los pacientes, con decrecimiento del

suicidio en los años posteriores, y que para reducir estas tasas, de forma ideal al menos, debe de realizarse una transición adecuada y paulatina, permitiendo al paciente obtener los recursos y soportes necesarios para afrontar la realidad, y considerando además las ventajas de pasar de un estatus de paciente hospitalario a paciente ambulatorio.

SITUACION JURÍDICA DEL SUICIDA

En la actualidad no se considera punible al suicida, y no se recoge en el Código penal español ninguna figura que sancione este atentado contra la propia vida.

Rappard, en París, en 1991, publica un artículo sobre el suicidio y el Derecho, donde revisa las tesis psiquiátricas y sociogénicas sobre el suicidio para plantearse si el suicidio puede ser considerado un derecho del hombre, repasando cómo el suicidio no constituye un delito y estableciendo un estudio psiquiátrico legal del suicidio y la responsabilidad del clínico en el acto suicida, para terminar relacionando el suicidio preventivo con el derecho a morir en dignidad.

El estatuto jurídico de la psicosis (que no se refleja en el Derecho en tanto tal, sino simplemente como actos que son excluidos de su regulación) y el estatuto jurídico del suicidio se conjugan entre sí. El autor realiza la distinción lacaniana entre paso al acto y acto realizado ya, equivalente a la oposición normalidad-patología, siendo el paso al acto, el acto puro, mientras que el acto ya realizado está inscrito dentro de un proceso. En tanto que el paso al acto es una afirmación personal, la actualización del suicidio es una situación sin salida (Sauvagnat). Actualmente se estudia jurídicamente el derecho a morir en dignidad y el recurso al «suicidio preventivo» asistido, tendiendo a reconocer el suicidio como un derecho para el sujeto lúcido, quedando paradójicamente el enfermo mental excluido de este derecho. La muerte y la vida están indisolublemente ligadas, pero el Derecho se ocupa de la persona, y la persona muerta no es un sujeto. En nuestra sociedad, es el médico quien se ha ocupado del tema, y su papel devendrá cada día en mayor medida regulado legalmente con el desarrollo de la bio-ética. No obstante, el «libre arbitrio» y la «autonomía de la voluntad» fundamentan el Derecho. Si la muerte no puede inscribirse en el Derecho, es a partir de la voluntad de quienes se la autoprovocan, que el suicidio será una situa-

ción ejemplar, a partir de la cual el Derecho puede evolucionar en una dirección antropológica, en la que no podrán dejarse de establecer sus aspectos normativos.

Existen sin embargo, en España, figuras relacionadas con el suicidio, dentro de los «delitos contra las personas», como son la *inducción al suicidio* y el *auxilio al suicidio* u *homicidio-suicidio* (art. 409 del Código penal). En ellas se sanciona, bien el convencer y llevar al sujeto a tomar la determinación de suicidarse, o bien la ayuda prestada al sujeto para que lleve a cabo la autodeterminación tomada, pero que por circunstancias no es capaz de desarrollar solo. Es una prestación de auxilio, necesaria e imprescindible, para que el sujeto consuma su muerte, existiendo dos tipos diversos dentro del mismo delito.

La inducción y la ayuda al suicidio (modalidad especial de eutanasia) son las dos únicas figuras penales, recogidas como delito en esta materia por el Código penal, ya que en España no supone castigo el atentar libremente contra la propia vida, y por lo tanto los casos de suicidio tienen un interés relativo para el Derecho, ya que sólo cuentan en tanto que eliminan las sospechas de conductas antijurídicas, y porque también eliminan la búsqueda de posibles delincuentes.

Estos motivos plenamente jurídicos, junto a otros de política criminal y de eficacia policial, son las causas que originan los problemas de obtención de datos completos y reales en la cifra global de suicidios.

El auxilio al suicidio es una figura que ya se regulaba en la VII Partida de Alfonso X, durante la Alta Edad Media, en los territorios de su reino, de forma que equiparaba el prestar el arma suicida al sujeto, con el homicidio, a nivel punitivo, ya que consideraba al suicida un enfermo.

Ya con Alfonso XI, las leyes reguladas en las Partidas son transformadas, de manera que ahora se sanciona también al suicida, al menos de un modo pecuniario, con la confiscación y pérdida de todos los bienes.

Con Enrique III se suaviza el castigo al suicida, quedando la confiscación de los bienes y todas las posesiones del sujeto que murió por este método, sólo para aquellos casos en que no hubiese descendencia con derechos de herencia.

Aparte de las sanciones legales, de modo semejante a nuestro entorno cultural, por aquellos tiempos existían también sanciones religiosas,

así que al sujeto que no estuviese en situación de enajenación mental y que se suicidase, no le era permitido el enterramiento en lugar sagrado.

Actualmente, en el proyecto de reforma del Código penal, se da una nueva orientación a estas figuras, comprendiendo el debate en curso la regulación legal de la eutanasia y el derecho a una muerte digna.

En este sentido, también en el plano científico, distintos suicidólogos se han ocupado del tema de la eutanasia y del derecho al suicidio. Así, por ejemplo, Portwood (1978), en su libro *Common Sense Suicide: The Final Right*, discute los argumentos del derecho al suicidio en las personas ancianas, cuando hay una ausencia legal de la práctica de eutanasia. Presenta los aspectos positivos y negativos de la vida, y cuando los aspectos negativos pesan más que los positivos en el «balance final» de estos ancianos, la autora apuesta por el derecho a suicidarse en estos casos. Portwood también discute las condiciones de los ancianos en las sociedades modernas y los resultados legales y religiosos de su suicidio, tomando posición a favor de este suicidio condicional, que no lo ve como un crimen ni como un pecado. La autora cree que en el momento en que se legalice el suicidio para los viejos, existirán posiblemente efectos individuales beneficiosos, igual que aspectos prácticos positivos.

La misma línea de Portwood (1978) es seguida por Prado en 1990, en su obra *The Last Choice: Preemptive Suicide in Advanced Age*, dando argumentos filosóficos sobre el derecho al suicidio. Prado no encuentra argumentos para suspender el suicidio cuando existen estresores dolorosos (coincidiendo con Portwood, Humphry y Kevorkian) o condiciones intolerables que llevarían a una decisión racional de muerte. El objetivo del libro es plantear el suicidio como una posibilidad de elección de una «respuesta drástica». Pero ello, conlleva aceptar el concepto de «suicidio racional», y Prado cree que existe una gran lentitud en definir, aceptar y defender el concepto de racionalidad y especificidad racional del suicidio.

También Humphry alcanzó los primeros puestos de ventas en agosto de 1991, con su libro *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, donde propone argumentos que avalan el suicidio en circunstancias de enfermedad terminal. Este controvertido libro incluye información precisa sobre métodos suicidas. Los resultados del suicidio asistido son importantes en los grupos de ancianos, pero este libro está dirigido especialmente a los grandes grupos de individuos con enfermedades terminales.

En una línea similar se encuentra el libro publicado a finales de 1991 por Kevorkian, *Prescription: Medicide-The Goodness of Planned Death*, donde el autor deja entrever argumentos en favor de la asistencia médica al suicidio, con su preferencia por denominarlo «medicide» (¿tratamiento?). Este libro, ampliamente controvertido, alcanzó alta publicidad con el caso de Janet Atkins, que a los 59 años, con un Alzheimer avanzado, llevó a término su propio suicidio utilizando la máquina del Dr. Kevorkian.

Leenaars ha publicado la obra *Life-Span Perspectives of Suicide: Time-Lines in the Suicide Process* (1991), donde presenta una perspectiva del suicidio como la solución desarrollada rápidamente en un tiempo vital, tras una situación simple de vida monótona. Sigue el autor múltiples perspectivas teóricas, de epidemiología, períodos específicos de la vida correlacionados con el suicidio (biológicos, sociales, culturales), resultados de sobrevivientes a un suicidio tanto en gente joven como en adultos, etc., proporcionando pasos adecuados para abordar la prevención del suicidio en los distintos puntos del espacio vital humano.

CLASIFICACIÓN DEL SUICIDIO

La 10.^a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, vigente desde el 1 de enero de 1993, recoge las conductas suicidas dentro del apartado: *Otros Procesos del C.I.E.-10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento*, recogiendo la interconexión entre patología mental y suicidio, que hallan los suicidólogos en sus investigaciones.

Dentro del apartado del capítulo XX, titulado *Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas (X60-X84)* (Incluye: envenenamiento o lesión intencionalmente autoinflingida, intento de suicidio), se contemplan las conductas suicidas, con la siguiente clasificación:

- X60. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos.
- X61. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por medicamentos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otra parte.

Incluye: antidepresivos, barbitúricos, neurolépticos, psicoestimulantes.

- X62. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte.
Incluye: cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, lisérgida (LSD), mescalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).
- X63. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otros medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.
- X64. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otras drogas, medicamentos y productos biológicos y los no especificados.
- X65. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por alcohol.
- X66. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por solventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.
- X67. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otros gases y vapores.
Incluye: monóxido de carbono; gas ciudad.
- X68. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por pesticidas.
- X69. Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados.
Incluye: aromáticos corrosivos, ácidos y álcalis cáusticos.
- X70. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
- X71. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por sumersión.
- X72. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por disparo de arma corta.
- X73. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por descargas de rifles, escopeta y arma larga.

- X74. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por disparo de otra arma de fuego y las no especificadas.
- X75. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por material explosivo.
- X76. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por humo, fuego o llamas.
- X77. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por vapores de agua, vapores calientes y objetos calientes.
- X78. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por objeto cortante.
- X79. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por objetos sin filo o romos.
- X80. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por salto desde un lugar elevado.
- X81. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por arrojarse o tenderse ante objeto en movimiento.
- X82. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por choque de vehículo a motor.
- X83. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por otros medios especificados.
Incluye: Choque de aeronaves; electrocución; sustancias cáusticas, excepto envenenamiento.
- X84. Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por medios no especificados.

CONDUCTAS O GRUPOS CON RIESGO SUICIDA

En primer lugar, cabe mencionar como conducta de elevado riesgo de muerte por suicidio la de aquellas personas que han tenido ya con anterioridad otra conducta suicida. Se considera que el riesgo de suicidio en estas personas es 100 veces superior al de la población general, en el año siguiente al último intento suicida.

Clara importancia presenta la existencia de trastornos mentales. Especialmente, los trastornos afectivos (sobre todo depresivos), la esquizofrenia, los trastornos orgánicos y las conductas de dependencia a sustancias tóxicas son los diagnósticos que en la literatura mundial se correlacionan de manera constante con el suicidio.

También es conocida la conducta suicida, en presencia de enfermedades somáticas determinadas, específicamente los procesos cancerosos y los problemas respiratorios crónicos.

Finalmente, se señalan también como situaciones favorecedoras del suicidio: el aislamiento en prisión o cárceles, los cambios bruscos barométricos y electrostáticos de la atmósfera, la pertenencia a una determinada religión (protestantes, judíos), las vivencias de sucesos vitales negativos de gran peso (muerte de cónyuge o de hijos), o incluso la imitación, inexplicable de forma lógica, de suicidios anteriores en forma de *epidemias* (poco antes de la II Guerra Mundial, hubo en Europa central una epidemia de suicidios provocada por la audición del disco titulado *Domingo sombrío*).

De manera sintética, a continuación se recogen los factores que predominan en las conductas suicidas, después de la revisión bibliográfica realizada:

- 1) *Sexo*: los varones consuman el suicidio entre 2 y 4 veces más frecuentemente que las mujeres, en tanto que la predominancia genérica en las conductas agresivas que no terminan en muerte (tentativas suicidas) son favorables a las mujeres, con intentos suicidas entre 2 y 3 veces más frecuentes que en los varones.
- 2) *Edad*: las últimas décadas de la vida son en las que existe un mayor riesgo de suicidio, especialmente a partir de los 74 años; también en la literatura mundial se recogen aumentos en las tasas de mortalidad de adolescentes y adultos jóvenes por suicidio (2.ª o 3.ª causa de muerte). Los intentos suicidas ocurren especialmente en adultos jóvenes.
- 3) *Estado civil*: ésta es una variable demográfica compleja que se asocia con el sexo, la edad, la soledad, los trastornos psiquiátricos, etc. Existe predominancia de suicidios en los estados civiles de soltería, viudedad, separación y divorcio (situaciones de soledad conyugal), frente al estado civil de casado. El riesgo suicida, especialmente en los varones, es grande durante el primer año desde la muerte de la esposa. Los intentos suicidas se producen tras una pérdida afectiva ocurrida recientemente.

- 4) *Soledad*: la situación psicológica de aislamiento (alejamiento conyugal, migración) aumenta el riesgo suicida. De manera que circunstancias como vivir solo, estar ingresado en un hospital o en la cárcel elevan las posibilidades de suicidio.
- 5) *Intentos anteriores de suicidio*: se ha comprobado que la mitad de las personas que han muerto por suicidio presentaban intentos anteriores; especialmente, el riesgo de consumir la muerte por suicidio es más elevada en los días siguientes, hasta el año o los dos años siguientes al intento anterior (el 1% de las personas que lo han intentado con anterioridad se suicidan en el año siguiente al intento, y entre el 10% y el 15% lo hacen en los años siguientes a la tentativa anterior). Por tanto, la tentativa suicida tiende a repetirse.
- 6) *Raza*: Indudablemente, la raza con mayor número de suicidios es la raza blanca; sin embargo, algunas minorías étnicas, como los esquimales y los indios americanos, presentan tasas de mortalidad por suicidio altas. También se observa en los últimos años un ascenso considerable en este mecanismo de muerte autodeterminada, en el caso de personas jóvenes de raza negra en los EE.UU.
- 7) *Clases sociales*: en esta variable no se demuestra ninguna predominancia por parte de ninguna clase social sobre otras, encontrándose suicidios en todas las clases sociales estudiadas.
- 8) *Situación económica*: existen factores de riesgo relacionados con esta variable, como la situación de desempleo (sobre todo en los casos de largos períodos de paro, en que el estrés aumenta) o las pérdidas económicas considerables, aunque no es posible establecer claramente su importancia, ya que otros autores señalan el aumento del suicidio en contextos económicos favorables.
- 9) *Tipo de profesión*: es clásica la presencia superior de suicidios en algunas profesiones, como es el caso de los médicos; no obstante, la relación entre el tipo de profesión y el suicidio no es clara aún, y más bien se confirma cada vez más la relación entre el sector productivo y determinados mecanismos suicidas concretos.
- 10) *Presencia de enfermedades psiquiátricas*: son numerosos los investigadores del suicidio que señalan como factor desencadenante,

denante, o al menos presente en los suicidas, la existencia de enfermedades mentales, especialmente la depresión, la esquizofrenia, los síndromes de dependencia al alcohol o a las drogas y los trastornos orgánicos, entre otras.

- 11) *Existencia de ingresos hospitalarios de tipo psiquiátrico*: es otro factor que parece que influye en la conducta suicida, no tanto durante el ingreso, sino en el tiempo posterior a la «descarga» hospitalaria, tesis que es muy constante en los suicidólogos de países donde se ha llevado a cabo la reforma del sistema nacional psiquiátrico mediante desinstitucionalizaciones especialmente poco controladas.
- 12) *Presencia de estrés psicosocial*: este factor, medido en forma de «acontecimientos vitales», ha sido discutido a lo largo de los años. Mientras en unos autores estos «sucesos» tienen gran peso en el desencadenamiento de la conducta suicida, en otros la importancia de los mismos disminuye.

Bibliografía

- ADAM, K. S. (1985): *Attempted suicide*, Psychiatr. Clin. North. Am., 8: 103-201.
- ADLER, A. (1959): *Practique and theory of individual psychology*, pp. 1909-1920, Ed. Paterson, Littlefield.
- AMDUR, M. A., y SOUCHEK, J. (1981): *Death in aftercare*, Compr. Psychiatry, 22 (6): 619-626.
- ARANDA AZNAR, J. (1984): *Problems presented by the elaboration of suicide statistics*, Psiquiat. y Psicol. Med., 16: 517-520.
- ASGARD, U. (1990): *A psychiatric study of suicide among urban swedish women*, Acta Psychiatr. Scand., 82 (2): 115-124.
- AUSTIN, R. L.; BOLOGNA, M., y DODGE, H. H. (1992): *Sex-Role Change, Anomie and Female Suicide: A Test of Alternative Durkheimian Explanations*, Suicide & Life-Threatening Behavior, vol. 22, 2: 197-225.
- BLACK, D. W.; WINOKUR, G., y WARRACK, G. (1985): *Suicide in schizophrenia: the iowa record linkage study*, J. Clin. Psychiatry, 46 (11 pt 2): 14-7.
- BERMAN, A. L.; CANETTO, S. S., y HOLTZWORTH-MUNROE, A. (1992): *Suicidal Behavior and Marital Interaction*, Suicide & Life-Threatening Behavior, vol. 22, 2: 268-277.
- BERMAN, A. L.; LEENAARS, A.; MCINTOSH, J., y RICHMAN, J. (1992): *Case Consultation: Mary Catherine*, Suicide & Life-Threatening Behavior, vol. 22, 1: 142-149.

- BESKOW, J. (1987): *The prevention of suicide while in psychiatric care*, Acta Psychiatr. Scand. (suppl.), 336: 66-75.
- BEST, E. E. (1986): *Suicide: ethical and moral issues from a theological perspective*, Can. J. Psychiatry, 31: 3.
- BLUMENTHAL, S. J., y KUPFER, D. J. (1990): *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- BOLLEA, G., y MAYER, R. (1963): *Tentativi di suicidio nella preadolescenza*, Infancia anormale, 51: 11-67.
- BREIER, A., y ASTRACHAN, B. M. (1984): *Characterization of schizophrenic patients who commit suicide*, Am. J. Psychiatry, feb. 141 (2): 2-6-9.
- BROWN, L. K.; OVERHO, J.; SPIRITO, A., y cols. (1991): *The correlates of planning in adolescents suicide attempts*, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psych., 30 (1): 95-99, ene.
- CANETTO, S. (1992): *Gender and Suicide in the Elderly*, Suicide & Life-Threatening Behavior, vol. 22 (1): 80-97.
- CANETTO, S. S.; FELDMAN, L. B., y LUPEI, R. L. (1989): *Suicidal persons and their partners*, Suicide & Life-Threatening Behavior, vol. 19:237-248.
- CASA BARQUERO, N.; GUIJA VILLA, J. A.; CASAS BARQUERO, E., y GONZÁLEZ LÓPEZ, M.^a J. (1992): *Conductas suicidas en el anciano*, Actas del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Zaragoza.
- CASTELLAN, Y. (1991): *Dix années d'études nord-américaines sur le suicide*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLIV): 297-306.
- CAZZULLO, C. L.; BA, G.; INVERNIZZI, G.; VITALI, A., y BELLINI, M. (1977): *Il ruolo del gruppo familiare nel tentativo i suicidio giovanile*, Minerva Medica, 68: 41.
- CHAPERON, J., y CHAPERON, J. M. (1985): *La mortalité par suicide des moins de 25 ans dans les régions françaises (1925-1982)*, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 25 año, 3: 199-220, jul.-sept.
- CHOQUET, M.; LEDOUX, S., y MENKE, H. (1988): *La santé de l'adolescent*, Documentation française, Ed. Inserm, París.
- CORBELLA, J.; MARTÍ, G.; MARTÍ, J. B.; RODRÍGUEZ, M., y DOMÉNECH, E. (1978): *Estado actual del suicidio consumado en España*, Ponencia presentada en las III Jornadas Mediterráneas de Medicina Legal y Social, Túnez.
- CROCK, L. (1991): *Les conduites suicidaires dans l'armée*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLIV): 372-385.
- DAVIDSON, F., y PHILIPPE, A. (1986): *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique*, Ed. Inserm-Doin, París.
- DESPERT, J. L. (1952): *Suicide and Depression in Children*, Nerv. Child, 9: 378-389.
- DESHAIES, G. (1947): *Psychologie du suicide*, Presses Universitaires de France, París.

- DIEKSTRA, R. F. (1974): *A social learning theory approach to the prediction of suicidal behavior*, Proc. 7th Int. Congress for Suicide Prevention, Swets and Zeitlinger BV, Amsterdam, pp. 55-66.
- DIEKSTRA, R. F. (1989): *Suicide and the attempted suicide: an international perspective*, Acta Psychiatr. Scand., 80 (Sup. 354): 1-24.
- DIEKSTRA, R. F.; VAN EGMOND, M. (1989): *Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 79: 268-275.
- DUMAS, A. (1991): *Ethique et suicide*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLIV): 291-296, may-jun.
- DURKHEIM, E. (1985): *El suicidio*, Ed. Akal, Madrid.
- ESQUIROL, E. (1838): *Las enfermedades mentales consideradas según las razones médicas, higiénicas y médico-legales*, Ed. Bailliere, París.
- EY, H.; BERNARD, P., y BRISSET, CH. (1980): *Tratado de Psiquiatría*, Ed. Toray-Masson, Barcelona.
- FACY, F. (1991): *Toxicomanie et comportement suicidaire*, Bulletin de Psychologie, n.º 401, vol. XLIV: 307-318.
- FACY, F.; MICHEL, E.; PHILIPPE, A., y HATTON, F. (1990): *Mortalité par suicide. Psychiatrie et santé mentale*, Doc. franç., pp. 143-157.
- FARBEROW, N. L. (1972): *Bibliography on suicide and suicide prevention (1887-1957, 1958-1970)*, National Institute of Mental Health, Maryland.
- FARBEROW, N. L.; GALLAGER-THOMPSON, D.; GILEWSKI, M., y THOMPSON, L. (1992): *The Role of Social Support in the Bereavement Process of Surviving Spouses of Suicide and Natural Deaths*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22, 1: 107-124.
- FARBEROW, N. L., y SCHNEIDMAN, E. W. (1969): *¡Necesito ayuda! Estudio sobre el suicidio y su prevención*, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México.
- FAURE, H., y TERRADES, G. (1991): *La prévention du suicide chez les sujets jeunes dans un département semi-rural*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLIV): 319-320.
- FERNANDO, S., y STORM, V. (1984): *Suicide among psychiatric patients of a district general hospital*, Psychol. Med., 14 (3): 661-72.
- FERRI, E. (1928): *El Homicidio-Suicidio*, Ed. Bocca, Turín.
- FREUD, S. (1969): *Más allá el principio del placer*, Alianza Editorial, Colección Libro de Bolsillo, 193, Madrid.
- FREUD, S. (1988): *Duelo y Melancolía*, Obras completas, vol. XI, Ensayo n.º 93, Ed. Orbis, Barcelona.
- MCGLASHAN, T. H., y HEINSSSEN, R. K. (1988): *Hospital discharge status and long-term outcome for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unipolar affective disorder*, Arch. Gen. Psychiatry, 45 (4): 363-368.
- GÓMEZ DUPERTUIS, D. P. (1980): *El suicidio: crisis de desesperación*, Nota preliminar en MORÓN, P., *Él suicidio*, Ed. Abaco, Buenos Aires.
- GRINSPON, L. (1986): *Suicide-Part I*, The Harvard Medical School Mental Health Newsletter, 2: 8.

- GUIDUCCI, R. (1976): *Introduzione a DURKHEIM, E., Il suicidio. Studio di sociologia*, Ed. Rizzoli, Milán.
- GURPEGUI, M.; FERNÁNDEZ VILLAMOR, R.; MEDINA, A.; PALACIOS, R. A.; GONZÁLEZ IGLESIAS, A.; MORENO, M. J.; MUÑOZ, M. A.; CALLEJAS, J. E.; ELVIRA, V.; FERNÁNDEZ ROMERO, E., e IBÁÑEZ, R. (1991): *Suicidio en Andalucía: resultados epidemiológicos preliminares*, Folia Neuropsiquiátrica, vol. XXVI, 2: 121-128, may-agos.
- HALBWACHS, M. (1930): *Las causas del suicidio*, Ed. Alcan, París.
- HARRIS, R.; LINN, N. M., y HUNTER, K. I. (1979): *Suicide attempts among drug abusers*, Suicide Life-Threat. Behav., 9 (1): 25-32.
- HENRY, A., y SHORT, J. (1954): *Suicide and Homicide*, Free Press, New York.
- HEUYER, G. (1976): *Psicosis colectiva y suicidio colectivo*, El Pensamiento Científico, Roma.
- HILLMAN, J. (1972): *El suicidio y el alma*, Ed. Astrolabio, Roma.
- HUMPHRY, E. (1991): *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Carol Publishing, Secaucus, New York.
- HUMPHRY, D. (1992): *Rational Suicide Among the Elderly*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (1): 125-130.
- ICHOCH, G. (1935): *Il suicidio*, Biol. Med., II.
- MCINTOSH, J. (1992): *Epidemiology of Suicide in the Elderly*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (1): 15-35.
- MCINTOSH, J. L. (1985): *Suicide among the elderly: levels and trends*, Am. J. Ortho Psychiatry, 55: 288.
- MCINTOSH, J.; LEENAARS, A., y RICHMAN, J. (1992): *Other Books on Suicide and the Older Adult*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (1): 150-155.
- JASPERS, J. (1965): *Psicopatología General*, Ed. El Pensamiento Científico, Roma.
- KASTENBAUM, R. (1992): *Death, Suicide, and the Older Adult*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22, 1: 1-14.
- KERKHOF, A., y DE LEO, D. (1990): *Suicide in the Elderly*, Crisis, 12: 1-87.
- KEVORKIAN, J. (1991): *Prescription: Medicide-The Goodness of Planned Death*, Prometheus Books, Buffalo, New York.
- KOVESS, V. (1991): *Epidémiologie du suicide*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLIV): 321-332.
- KRALIK, K. M., y DANFORTH, W. J. (1992): *Identification of Coping Ideation and Strategies Preventing Suicidality in a College-Age Sample*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (2): 167-186.
- KREITMAN, N. (1977): *Parasuicide*, Ed. John Wiley and Sons, New York.
- LAVAUD, J. L. (1991): *Le suicide collectif*, Bulletin de Psychologie, n.º 401, vol. XLIV: 361-365.
- LEENAARS, A. A. (1991): *Life-Span Perspectives of Suicide: Time-Lines in the Suicide Process*, Ed. Plenum, New York.
- LEENAARS, A. A.; MARIS, R. W.; MCINTOSH, J. L., y RICHMAN, J. (1992): *Suicide and the Older Adult*, The Guilford Press, New York.

- LESTER, D. (1979): *Temporal variation in suicide and homicide*, Am. J. Epidemiol., 109: 517-520.
- LESTER, D. (1984): *The association between the quality of life and suicide and homicide rates*, Journal of Social Psychology, 124 (2): 247-248.
- LESTER, D. (1985): *The quality of life in modern America and suicide and homicide rates*, Journal of Social Psychology, 125 (6): 779-780.
- LESTER, D., y CLOPTON, J. (1979): *Suicide and overcontrol*, Psychol. Rep., 44: 758.
- LESTER, D., y YANG, B. (1992): *Social and Economic Correlates for the Elderly Suicide Rates*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (1): 36-47.
- LEWIS, D. O.; YEAGER, C. A.; COBHAM-PORTORREAL, C., y cols. (1991): *A follow-up of female delinquents: maternal contributions to the perpetuation of deviance*, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psycho., 30 (2): 197-201, mar.
- LEWIS, R. J., y SHEPEARD, G. (1992): *Inferred Characteristics of Successful Suicides as a Function of Gender and Context*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (2): 187-196.
- LINEHAN, M. M.; GOODSTEIN, J. L.; NIELSON, S. L., y CHILES, J. A. (1983): *Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51: 276-286.
- LITMAN, R. E. (1965): *Suicide-Prevention*, Journal of American Medical Association, 192.
- LITMAN, R. E. (1992): *Predicting and Preventing Hospital and Clinic Suicides*, en MARIS, R. W.; BERMAN, A. L.; MALTSBERGER, J. T., y YUFIT, R. I., *Assessment and Prediction of Suicide*, Ed. The Guilford Press, New York.
- LÓPEZ GARCÍA, M.ª B. (1993): *Perspectiva epidemiológica del suicidio consumado en el Partido Judicial de Oviedo, entre 1981 y 1991*, Tesis doctoral en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, Oviedo.
- LÓPEZ GARCÍA, M.ª B.; HINOJAL FONSECA, R.; SUÁREZ RETUERTA, E., y BOBES GARCÍA, J. (1993): *Situación en el Mundo Occidental de la Psiquiatría Forense, en el ámbito penal del Derecho*, An. Psiquiatría, vol. 9, n.º 5, pp. 220-225.
- MARTÍ, G. (1982): *El suicidio consumado en las Islas Baleares*, Seminario Pedro Mata, Departamento de Medicina Legal y Toxicología, Universidad de Barcelona.
- MEDINA LEÓN, A.; MORENO DÍAZ, M.ª J., y FERNÁNDEZ ROMERO, E. (1991): *Epidemiología del suicidio: determinación de zonas de riesgo*, Folia Neuropsiquiátrica, vol. XXVI, 2: 129-136, may-agos.
- MENNINGER, K. (1972): *El hombre contra sí mismo*, Ed. Península, Barcelona.
- MILLER, K. E.; KING, CH. A.; SHAIN, B. N., y NAYLOR, M. W. (1992): *Suicidal Adolescents' Perceptions of Their Family Environment*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22, 2: 226-239.
- MILLER, M.: *Suicide after Sixty: The Final Alternative*, Ed. Springer (vol. 2 de la Serie Springer sobre Muerte y Suicidio), New York, 1979.

- MOORE, J. D.; JUDD, L. L.; ZUNG, W. W. K., y ALEXANDER, G. R. (1979): *Opiate addiction and suicidal behaviours*, Am. J. Psychiatry, 136 (9): 1.187-1.189.
- MOORE, S., y TANNEY, B. (1991): *Suicide in Older Adults: Selected Readings*, Ed. Siec, Calgary.
- MORÓN, P. (1980): *El Suicidio*, Ed. Ábaco, Buenos Aires.
- MORSELLI, E. (1879): *Il Suicidio*, Ed. Dumalard, Milán.
- MURPHY, G. E. (1988): *Suicide and substance abuse*, Arch. Gen. Psychiatry, 45: 593-594.
- OMS (1976): *Suicide and attempted suicide*, Public Health Papers, 58: 16-130.
- OMS (1989): *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*, Ed. OMS, Ginebra.
- OSGOOD, N. (1992): *Environmental Factors in Suicide in Long Term Care Facilities*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (1): 98-106.
- OSGOOD, N. J. (1985): *Suicide in the Elderly: A Practitioner's Guide to Diagnosis and Mental Health Intervention*, Ed. Aspen, Rockville, M. D.
- OSGOOD, N. J., y MCINTOSH, J. L. (1986): *Suicide and the Elderly: An Annotated Bibliography and Review*, Ed. Greenwood Press (Bibliografía e Índices en Gerontología, 3), Westport, C. T.
- OSGOOD, N. J.; BRANT, B. A., y LIPMAN, A. (1991): *Suicide Among the Elderly in Long-Term Care Facilities*, Ed. Greenwood Press, Westport, C. T.
- PAMBLANCO LILLO, E.; MARTÍ LLORET, J. B., y CARDONA LLORENS, A. (1987): *El suicidio consumado en Alicante y su área metropolitana*, I Jornadas Anuales de la Soc. Esp. de Med. Legal y Forense, Alicante, P.P.U., pp. 189-207.
- PHILIPPE, A. (1988): *Suicide et chômage*, Psychologie Médicale, 20 (3): 380-382.
- PORTWOOD, D. (1978): *Common Sense Suicide: The Final Right*, Ed. Dodd, Mead., New York.
- PRADO, C. G. (1990): *The Last Choice: Preemptive Suicide in Advanced Age*, Ed. Greenwood Press (Contribuciones a la Filosofía, 14), Westport, C. T.
- RANCE, J. R.; LHOSTE, R., y CUDERT, A. J. (1988): *Les conduites suicidaires du sujet âgé*, Psychologie Médicale, 20 (3): 359-361.
- RAPPART, Ph. (1991): *Suicide et Droit*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLV): 333-341.
- RESNICK, H. L. P. (1980): *Suicide*, en *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*, Ed. Williams y Wilkins, Baltimore.
- RICHMAN, J. (1992): *A Rational Approach to Rational Suicide*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (1): 130-141.
- RICHMAN, J. (1992): *Overcoming Elderly Suicide*, Ed. Springer, New York.
- RIFAI, A. H.; REYNOLDS, Ch., y MANN, J. J. (1992): *Biology of Elderly Suicide*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (1): 48-61.
- RINGEL, E. (1973): *The Presuicidal Syndrom*, Psychiat. Fennica, pp. 209-211.
- ROSEN, G. (1971): *History in the study of suicide*, Psychol. Med., 1: 267-285.

- ROY, A. (1982): *Risk factors for suicide in psychiatric patients*, Psychiatr. Clin. North. Am., 8: 2.
- SARRÓ, B. (1985): *Experiencia en una Unidad de Suicidología*, Psicopatología, 5 (2): 185-189.
- SARRÓ MARTÍN, B. (1992): *Conductas suicidas: factores de riesgo psicológicos y sociales*, Actas del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Zaragoza.
- SARRÓ, B., y DE LA CRUZ, C. (1991): *Los suicidios*, Ed. Martínez Roca, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud-Serie Salud 2000, Barcelona.
- SARRÓ, B.; DE LA CRUZ, C., y SURRIBAS, C. (1989): *Neurosis, trastornos de la personalidad y aspectos suicidas*, Monografías médicas Jano, 3 (7): 27-30, sept.
- SARWER-FOVER, G. J. (1969): *Depression and suicide*, Dis. Nerv. Dyst. Gwam. (Supp.), 30.
- SAUVAGNAT, F., y LARUE, Y. J. (1991): *Trois moments historiques des conceptions psychanalytiques concernant le suicide*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLIV): 342-347.
- SLABY, A. M. (1992): *Creativity, Depression and Suicide*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (2): 157-166.
- SOTO ALBA, D.; GONZÁLEZ INFANTE, J. M.; CRESPO BENÍTEZ, J.; GÓMEZ SALVADOR, V.; SEÑOR CEMPELLÍN, C., y RODRÍGUEZ DE MOLINA, M. (1991): *Contribución al estudio epidemiológico de las conductas suicidas en la provincia de cádiz*, Folia Neuropsiquiátrica, vol. XXVI (2): 137-146, may-ago.
- STACK, S. (1992): *The Effect of the Media on Suicide: The Great Depression*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22, 2: 255-267.
- STENGEL, E. (1970): *Attempted Suicide*, Brit. J. Psych., 116: 297.
- STENGEL, E., y COOK, N. G. (1980): *Suicidio e Tentativa de suicidio*, Ed. Dom Quixote, Lisboa.
- STEPHENS, J. H., y MCHUGH, P. R. (1991): *Characteristics and long-term follow-up of patients hospitalized for mood disorders in the Phipps Clinica, 1913-1940*, J. Nerv. Ment. Dis., 179: 64-73.
- STEVENSON, J. M. (1989): «Suicidio», en *The American Psychiatric Press, Tratado de Psiquiatría*, Ancora, S. A., pp. 1009-1023, Barcelona.
- TABACHNICK, N. (1973): *Destruction by automobile, accident or suicide*, Ed. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.
- TOUSIGNANT, M. (1991): *Dimensions culturelles du suicide chez les jeunes*, Bulletin de Psychologie, 401 (vol. XLV): 351-360.
- WARD, N. G., y SCHUCKIT, M. A. (1980): *Factors associated with suicidal behavior in polydrug abusers*, J. Clin. Psychiatr., 11: 379-385.
- WASSERMAN, I. M. (1992): *The Impact of Epidemic, War, Prohibition and Media on Suicide: United States, 1910-1920*, Suicide & Life-Threatening Behavior, 22 (2): 240-254.
- WEISSMAN, M. M. (1974): *The epidemiology of suicide attempts: 1960 to 1971*, Archives of General Psychiatry, 30: 374-737.