



EL SUICIDIO EN ANDALUCÍA: UN ANÁLISIS DEL FENÓMENO EN LOS 10 ÚLTIMOS AÑOS (2008-2017) SUICIDE IN ANDALUSIA: AN ANALYSIS OF THE PHENOMENON IN THE LAST 10 YEARS (2008-2017)

Noelia Navarro Gomez

Universidad de Almería

En los últimos años se ha producido un aumento en el número de suicidios, convirtiéndose en un grave problema social y de salud pública. En España constituye desde hace 11 años la primera causa de fallecimiento no natural (INE, 2017). En el presente estudio se exponen de forma exhaustiva los datos disponibles en cuanto al fenómeno en Andalucía. Para ello se han analizado los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el período comprendido entre 2008 y 2017. Entre las conclusiones, es señalable la diferencia entre provincias en cuanto a número de suicidios entre sexos (siendo más frecuente en varones), así como la alta tasa de suicidas entre los mayores de 75 años. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de seguir ahondando en el esclarecimiento de la etiología, para diseñar programas preventivos y de intervención en esta nefasta lacra social.

Palabras clave: Suicidio, Andalucía, Psicología Clínica.

In recent years there has been an increase in the number of suicides, becoming a serious social and public health problem. Suicide has been the first cause of unnatural death in Spain for the last 11 years (INE, 2017). This study presents exhaustively the available data regarding the phenomenon in Andalusia. The data of the National Statistics Institute (INE) in the period between 2008 and 2017 have been analyzed for this purpose. Noteworthy among the conclusions are the differences among the provinces in terms of the number of suicides, the differences between the sexes (it being more frequent in men), and the high suicide rate among those over the age of 75. These results show the need to continue researching to clarify the etiology in greater depth, in order to design preventive and intervention programs for this devastating social scourge.

Key words: Suicide, Andalusia, Clinical Psychology.

Durante los últimos años estamos asistiendo a una tendencia creciente en lo relativo al número de suicidios, tendencia que paradójicamente, se ve acrecentada en los países desarrollados hasta el punto de constituir el mayor problema de salud pública de Europa (OMS, 2018).

Podemos definir el acto suicida como "el acto de quitarse la vida de forma intencionada, teniendo plena conciencia de su letalidad, un resultado de la interacción entre biología, genética, factores psicosociales y ambientales" (García et al., 2011).

En España el suicidio constituye la primera causa de fallecimiento por causas externas entre los hombres y la tercera entre las mujeres (por detrás de las caídas accidentales y el ahogamiento, la sumersión y la sofocación). Los últimos datos disponibles señalan que en 2017 se suicidaron 3679 personas (un 3.1% más que en el año anterior), siendo desde hace 11 años la primera causa de fallecimiento no natural (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2017).

En este trabajo, nos centraremos en una de las comunidades autónomas españolas que históricamente presenta una mayor Tasa de suicidios, Andalucía (Reeves, McKee, Gunnell, Chang, Basu, Barr y Stuckler, 2015; Laanani, Ghosn, Jouglá y Rey, 2015).

Andalucía es una comunidad autónoma española situada al sur de España compuesta por 8 provincias. Es la comunidad más poblada del país (8.384.408 habitantes) (INE,

2018) y la segunda en extensión (87.268 km²). En dicha comunidad se dan algunos fenómenos destacados en el mapa de los suicidios en lo relativo a la distribución geográfica. Uno de estos casos es el que acontece en los municipios de Alcalá la Real, Priego de Córdoba e Iznájar que configuran lo que originariamente se denominó "triángulo suicida", y donde la Tasa de suicidio supera con creces la media de Andalucía. En cualquier caso, durante los últimos años, el triángulo ya no es tal, al haberse extendido el área de influencia a localidades próximas, que, de media, tienen una Tasa de suicidios de 19.2 por cada 100.000. Se encuentra también un patrón similar en cuanto a los medios de ejecución, eligiendo en su mayoría (cerca de un 80%), el ahorcamiento. Si bien las causas no han sido dilucidadas y las hipótesis son múltiples y de todo tipo (un determinado compuesto químico presente en el agua, la abundancia de olivos y nogales en la zona, su elevada altitud, la presencia de pirita en el subsuelo, el profundo carácter rural de estos pueblos, la alta Tasa de desempleo, una predisposición genética, la aceptación y normalización de esta "tradición", el efecto de imitación...). Estaríamos, por tanto, ante un fenómeno inherente a la idiosincrasia del acervo cultural de esta región.

Entre las dificultades del abordaje del suicidio es conveniente destacar su heterogeneidad geográfica y la complejidad de su etiología, producto de la confluencia de múltiples causas. Entre los factores de riesgo, nos encontramos en primer lugar con los intentos previos, la presencia de ideación suicida y contar con un plan elaborado, así como el consumo de sustancias o trastornos mentales (pánico, depresión, duelo), condiciones económicas precarias, así como la de-

Recibido: 21 noviembre 2019 - Aceptado: 20 enero 2020
Correspondencia: Noelia Navarro Gomez. Universidad de Almería. crta Sacramento, s/n, La cañada de san urbano. 04120 Almería. España. E-mail: nng777@ual.es



sesperanza y la carencia de una red social de apoyo (Gutiérrez y Contreras, 2008; Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina, Fernandez, 2002; Sadock, Sadock, y Ruiz, 2009; García, et al., 2008).

Otros factores a tomar en consideración hacen referencia a las diferencias encontradas en función de los grupos etarios y de sexo (Ocaña, Mayoral, Sánchez, Toro, Fernández y Méndez, 2008; Ruiz-Ramos, 2010; Salmerón, Cirera, Balles-ta y Navarro-Mateu, 2013; Álvaro-Meca, Kneib, Gil-Prieto y Gil de Miguel, 2013).

En cuanto a la primera de estas variables, la edad, los adolescentes constituyen un grupo de riesgo, así como los ancianos, que, si bien presentan menos intentos, su condición física supone en la mayor parte de los casos un desenlace fatal. En lo relativo al sexo, las mujeres presentan más intentos de suicidio (con la única excepción de China, posiblemente atendiendo a razones culturales), pero en los hombres se registra un número mayor de suicidios consumados, hecho en gran parte atribuible a la mayor letalidad de los medios escogidos.

Pese a lo nefasto de los datos disponibles en la literatura, hablar de suicidio sigue siendo un tabú. En efecto, parece haber un cierto halo de culpabilidad entre los familiares y altas dosis de estigma social, lo que les sitúa en una situación de indefensión al carecer de apoyo por parte del sistema sanitario, lo que dificulta considerablemente el duelo.

A todo esto, se le sumaría el miedo al efecto imitación provocan que el suicidio siga siendo algo que ocultar. El suicidio por imitación o "efecto Werther" (personaje de la novela de Goethe que acabó suicidándose por amor, y que provocó que una avalancha de lectores acabara suicidándose) tiene parte de verdad: aquellas personas del entorno suicida tienen mayor riesgo de imitar esta conducta. Sin embargo, hablar de suicidio no tiene por qué incitar a ejecutar este tipo de comportamientos, siendo este uno de los principales tabús presentes en la literatura. Lo que sí es importante es la forma

de abordarlo, cómo se transmite la información adecuada y qué información dar. En esta línea, la OMS ha elaborado una guía de estilo para profesionales de los medios de comunicación con recomendaciones para el tratamiento de este tipo de noticias. Según dicho documento.es conveniente hablar de suicidio, pero sin entrar en detalles morbosos o que generen compasión. De hecho, la información adecuada es la mejor herramienta preventiva.

El abordaje del suicidio necesariamente requiere de un plan integral que integre acciones que actúen en todas las fases (prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento). Es básico también conseguir la implicación de todos los agentes de forma coordinada y en la misma línea. Más específicamente, en Andalucía se cuenta con una estrategia de actuación recogida en el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) y que contempla acciones específicas destinadas a personas con ideación suicida y sus familiares.

Una vez expuesta los antecedentes y la problemática de forma sucinta, el objetivo del presente trabajo es realizar un análisis exhaustivo del fenómeno en Andalucía a partir de los datos disponibles de los últimos diez años (2008-2017). El conocimiento de los datos estadísticos es vital puesto que permite establecer la tendencia, las situaciones geográficas donde es más frecuente, los métodos preferidos para consumir el acto suicida y las edades de mayor riesgo. Dado que como se ha comentado anteriormente, *la información es la mejor herramienta preventiva*, el conocimiento de las cifras, podría ser un primer paso para realizar un esbozo del problema y justificar la necesidad de trabajar en el desarrollo de herramientas de intervención para detectar y abordar situaciones de riesgo.

MÉTODO

Se trabajó principalmente con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (2008-2017), que desde 2006 cuenta con Tasa de defunciones por causas de muerte, siguiendo los estándares internacionales en la materia (Pérez Camarero, 2009). Los datos relativos a cifras fueron trabajados con el programa Microsoft Excel, para obtener un perfil de salida en gráficas.

RESULTADOS

En primer lugar, se presentan los datos más recientes para la Tasa de Suicidio por Comunidades Autónomas extraídos del INE (Tabla 1), así como el numero de suicidios por provincias (tabla2).

En la Figura 1 se presenta la evolución del número de suicidios en el período estudiado en Andalucía (2008-2017).

En la Tabla 3 se presenta la Tasa de suicidios desglosada por provincia y sexos, así como la media de Andalucía y de España (2008-2017).

En la Tabla 4 se presenta la Tasa de suicidios desglosada por rango de edad y sexo en el período analizada (2008-2017). Para conocer el número de suicidios en función del método escogido, consultar la Tabla 5.

DISCUSIÓN

Andalucía es la comunidad autónoma donde se produce un mayor número total de suicidios, sin embargo, ocupa la sép-

**TABLA 1
TASA DE SUICIDIO POR CADA 100.000 HABITANTES POR
COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2017**

Comunidad Autónoma	Tasa suicidio
Asturias	12.94
Galicia	11.93
Canarias	9.49
Baleares	9.23
Castilla-León	8.99
País Vasco	8.29
Andalucía	8.24
Comunidad Valenciana	8.03
La Rioja	7.93
Castilla-La Mancha	7.73
Aragón	7.64
Navarra	7.46
Extremadura	7.13
Cataluña	6.67
Madrid	5.24
Cantabria	4.64
Ceuta	3.53
Melilla	2.32

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2017)



tima posición en cuanto a la Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes (resultado del cociente del número total de suicidios por comunidad entre la población total de esa comunidad y multiplicado este resultado por 100.000) por detrás de Asturias, Galicia, Canarias, Baleares, Castilla-León y País Vasco. Los últimos datos disponibles en el INE correspondientes a 2017, señalan que la Tasa de Suicidio en Andalucía es de 8.26 suicidios por cada 100.000 habitantes, lo que la sitúa por encima de la media de España para ese año (7.91). En este último año registrado, Málaga sería la provincia que más se acercaría a la media nacional (7.90).

Los datos disponibles en el INE (2017) muestran que durante el período estudiado (2008-2017), en Andalucía se suicidaron un total de 7324 personas, (5716 hombres y 1608 mujeres). El año en el que se registró un mayor número de suicidios fue 2008 con 823 suicidios. Por el contrario, en 2011 se registró la cifra más baja, 651 suicidios. Desglosado por provincias Málaga fue la provincia con mayor número de suicidio en este período, seguida de Sevilla; Huelva y Almería fueron las provincias con menos suicidios. Sin embargo, dada la desigual distribución de la población, a la hora de establecer comparaciones entre provincias es más conveniente recurrir a las cifras que arroja la Tasa de Suicidios por cada 100.000 habitantes. Con respecto a esta, es reseñable que en todos los años consultados la Tasa de Suicidio total en Andalucía superó la media nacional. Desglosado por sexos, se encuentra esta misma tendencia: tanto la Tasa Media de suicidios en hombres como

en mujeres superó la media nacional para cada sexo, con la excepción de 2011, 2015 y 2016 en mujeres, donde la cifra estuvo por debajo de la media nacional. La Tasa Media total más elevada en Andalucía se registró en el año 2008, y por el contrario la cifra más baja se dio en 2011; en el caso de los hombres, la Tasa más elevada se registró en 2008, la más baja en 2015 y en las mujeres la Tasa más elevada corresponde a 2013 y la más baja a 2011. La tendencia es descendente hasta el año 2012 en el que sufre un repunte; en el período 2014-2016 se produce un descenso, que en 2017 se invierte de nuevo.

Desglosado por provincias, Jaén encabeza la tasa más elevada en todos los años consultados exceptuando 2008 en los que fue superada por Almería y Málaga y 2012 y 2014 por Granada. En cuanto a las tasas más bajas, no hay una tendencia clara, fluctuando la cifra más baja entre las provincias de Sevilla (2008 y 2016), Cádiz (2009, 2013 y 2015), Huelva (2010, 2011, 2014 y 2017) y Almería (2012). La tasa más baja se encontró en Huelva en 2010 y la más elevada en Granada en 2012.

En cuanto al medio escogido la mayor parte de las personas que deciden suicidarse optan por el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, tanto hombres como mujeres. El segundo método preferido para consumar el suicidio fue arrojar al vacío. En este aspecto se encuentran importantes diferencias entre los sexos, con tasas más altas sería entre los varones en todos los tramos de edad, lo que sería coherente

TABLA 2
NÚMERO DE SUICIDIOS TOTALES POR PROVINCIA (PERIODO 2008-2017)

Total Suicidios	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
7324	587	909	746	987	342	753	1565	1440

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2008-2017)

FIGURA 1
NÚMERO DE SUICIDIOS EN ANDALUCÍA POR AÑO, SEXO Y TOTAL (PERIODO 2008-2017)

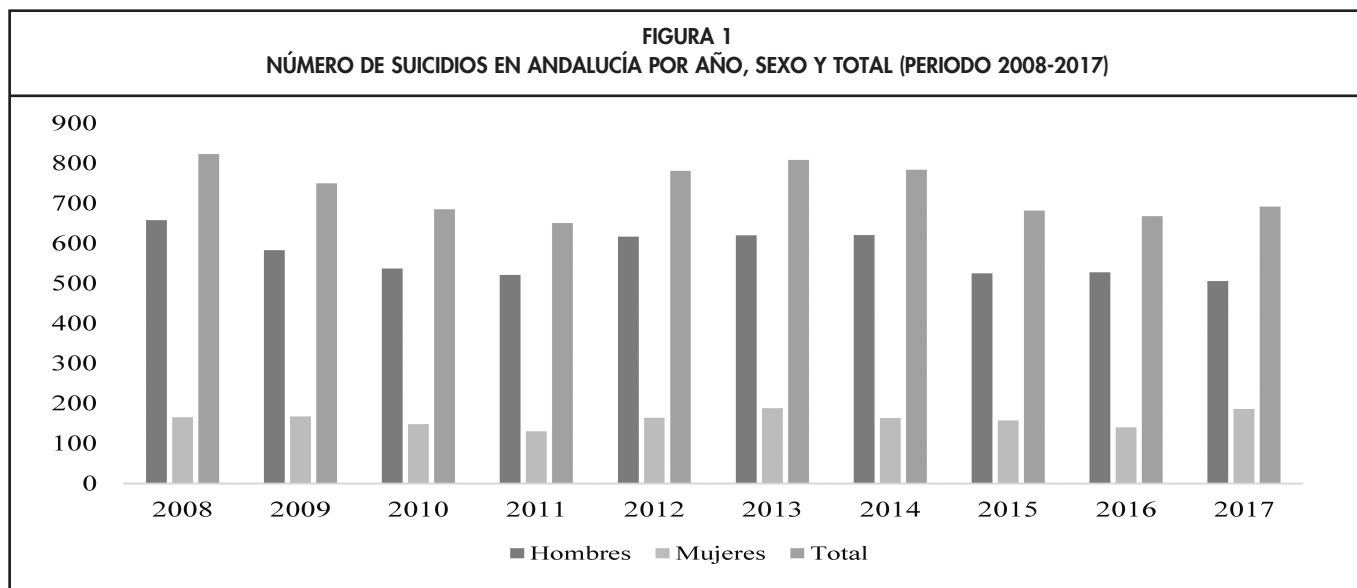


TABLA 3
TASA DE SUICIDIO (HOMBRES, MUJERES Y TOTAL) POR CADA 100.000 HABITANTES POR PROVINCIA,
ANDALUCÍA Y ESPAÑA

		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía	España
2008	Hombres	21.06	15.21	15.36	15.84	15.87	16.04	18.48	14.03	16.24	11.76
	Mujeres	3.70	4.10	3.22	4.60	2.35	5.69	4.62	3.46	4.01	3.36
	Total	12.61	9.63	9.18	10.17	9.06	10.84	11.47	8.65	10.08	7.52
2009	Hombres	16.99	9.51	14.78	20.13	11.76	21.72	16.87	9.14	14.24	11.62
	Mujeres	5.16	2.44	3.94	3.91	1.94	5.98	4.82	3.94	4.02	3.26
	Total	11.23	5.96	9.27	11.95	6.82	13.82	10.77	6.50	9.10	7.40
2010	Hombres	9.70	10.09	14.99	16.48	4.28	18.95	14.55	12.80	13.04	10.73
	Mujeres	6	2.42	3.68	4.97	0.77	3.59	3.89	3.08	3.54	2.93
	Total	7.90	6.24	9.24	10.68	2.52	11.25	9.15	7.85	8.25	6.78
2011	Hombres	11.12	11.80	13.95	15.09	9.32	17.67	14.03	9.74	12.58	10.55
	Mujeres	3.57	2.73	2.45	3.23	1.53	3	3.86	3.16	3.09	3.15
	Total	7.42	7.24	8.10	9.12	5.39	10.34	8.88	6.39	7.79	6.80
2012	Hombres	8.84	10.47	17.01	23.37	10.86	22.90	15.78	12.44	14.86	11.81
	Mujeres	2.36	3.20	2.94	5.60	2.67	2.71	5.78	3.55	3.88	3.44
	Total	5.65	6.82	9.86	14.42	6.73	12.79	10.72	7.91	9.32	7.57
2013	Hombres	14.02	12.56	16.30	17.29	12.77	18.92	16.58	12.96	14.93	12.69
	Mujeres	4.70	2.87	4.92	4.96	4.19	4.53	5.75	3.85	4.44	4.05
	Total	9.42	7.70	10.51	11.08	8.44	11.69	11.09	8.31	9.63	8.31
2014	Hombres	16.64	12.24	16.10	16.45	9.67	18.77	15.98	14.22	14.96	12.86
	Mujeres	2.64	2.39	4.44	7.99	1.14	3.95	4.01	3.54	3.84	4.12
	Total	9.72	7.29	10.17	12.18	5.37	11.32	9.91	8.77	9.34	8.42
2015	Hombres	14.25	7.73	15.65	14.73	13.55	16.13	13.28	11.05	12.64	11.75
	Mujeres	3.21	3.99	3.47	4.54	1.90	5.21	5.06	2.22	3.70	3.91
	Total	8.79	5.85	9.45	9.54	7.67	10.63	9.11	6.55	8.12	7.76
2016	Hombres	10.19	12.41	15.19	14.31	13.56	17.82	13.72	9.25	12.71	11.67
	Mujeres	2.61	3.19	2.24	4.33	3.42	4.32	3.96	2.62	3.29	3.84
	Total	6.45	7.77	8.60	9.27	8.44	11.03	8.76	5.87	7.95	7.68
2017	Hombres	9.03	12.41	14.99	12.99	8.14	17.33	11.24	11.88	12.19	11.91
	Mujeres	3.75	5.25	3.74	5.41	3.03	2.80	4.67	4.44	4.38	4.05
	Total	6.42	8.81	9.27	9.17	5.56	10.02	7.90	8.08	8.24	7.91

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2008-2017).

TABLA 4
TASA DE SUICIDIO POR CADA 100.000 HABITANTES EN ANDALUCÍA POR RANGO DE EDAD Y SEXO
(HOMBRES, MUJERES Y PROMEDIO) (2008-2017) (ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL INE)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	×
15-29	9.70	7.82	5.19	5.59	7.66	7.53	5.87	5.04	3.87	4.06	6.23
	1.55	1.94	0.99	1.79	1.71	1.9	1.39	1.57	0.72	1.91	1.55
	5.75	4.96	3.15	3.73	4.75	4.78	3.68	3.34	2.33	3.01	3.95
30-39	15.97	11.24	11.46	10.86	13.84	12.97	10.56	10.42	9.37	10.52	11.72
	3.38	2.90	3.90	2.45	3.32	2.78	2.4	1.69	3.32	2.94	2.91
	9.83	7.16	7.76	6.75	8.7	7.98	6.55	6.12	6.39	6.78	7.4
40-44	19.77	16.8	15.99	14.98	18.92	17.54	16.43	10.91	12.27	11.89	15.56
	3.91	5.91	5.31	4.1	4.1	3.83	4.74	4.71	3.23	5.53	4.54
	11.91	11.44	10.69	9.6	11.59	10.76	10.66	7.85	7.81	8.75	10.11
45-49	19.31	19.50	17.22	19.03	18.26	17.28	19.32	14.61	16.37	18.44	17.93
	5.15	4.65	5.76	2.81	4.57	5.1	8.01	6.93	4.19	3.89	5.1
	12.28	12.1	11.5	10.92	11.43	11.18	13.66	10.74	10.29	11.15	11.53
50-54	20.15	22.48	22.56	15.16	19.93	22.36	27.81	20.05	20	19.26	20.98
	4.10	3.52	5.23	3.94	6.94	9.56	6.04	6.16	4.77	5.29	5.56
	12.11	12.96	13.87	9.53	13.41	15.43	16.87	13.06	12.33	12.23	13.18
55-59	21.55	23.28	15.90	17.49	17.83	21.89	26.07	21.88	21.09	19.78	20.68
	9.83	6.04	4.56	3.93	5.93	6.95	5.13	4.55	7.68	7.81	6.24
	15.62	14.56	10.16	10.62	11.80	14.31	15.44	13.09	14.29	12.42	13.23
60-64	22.41	22.46	19.13	16.35	25.06	19.27	20.79	19.58	18.83	13.74	19.76
	6.4	7.19	4.73	6.72	7.08	4.67	7.06	6.04	4.03	6.52	6.04
	14.18	14.58	11.7	11.39	15.8	11.76	13.75	12.63	11.24	10.04	12.71
65-69	23.84	18.53	15.01	13.53	15.81	24.69	16.77	11.79	24.59	14.49	17.91
	7.9	10.86	7.04	8	4.1	9.44	7.36	4.86	6.95	7.35	7.39
	15.41	11.47	10.82	10.63	9.68	16.66	11.84	8.16	15.35	10.76	12.08



TABLA 4
TASA DE SUICIDIO POR CADA 100.000 HABITANTES EN ANDALUCÍA POR RANGO DE EDAD Y SEXO
(HOMBRES, MUJERES Y PROMEDIO) (2008-2017) (ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL INE) (Continuación)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	x
70-74	33.20 8.55 19.69	34.64 9.45 20.79	26.92 5.51 15.15	27 6.03 15.52	31.65 7.55 18.51	25.60 8.84 16.5	22.15 7.25 14.07	20.81 5.73 16.7	20.49 3.97 11.6	19.78 10.94 15.02	26.22 7.38 16.36
75-79	44.45 9.04 24.10	38.05 3.77 18.39	34.30 6.23 18.22	38.91 3.10 18.44	39.39 6.74 20.70	33.49 11.92 21.16	42.35 3.28 19.95	40.31 10.22 23.06	39.36 4.04 19.2	29.58 5.63 15.98	38.02 6.4 19.92
80-84	68.28 7.52 30.77	29.25 10.86 17.89	53.01 3.5 22.57	49.2 4.2 21.61	50.72 10.59 26.29	60.69 5.5 27.2	46.09 6.94 22.4	40.77 6.11 19.83	39.34 8.36 20.65	43.65 12.02 24.53	48.1 7.56 23.37
85-89	38.37 12.24 20.96	58.65 8.28 25.26	67.38 10.88 29.9	55.37 7.46 23.69	44.45 7.15 19.82	58.58 9.84 26.84	86 6.79 33.91	63.88 6.5 26.37	44.57 3.76 17.96	64.53 10.89 29.78	58.18 8.38 25.45
90-94	50.21 0 13.87	73,25 9.35 27.05	57.58 0 16,32	73.6 4.2 24.01	66.11 3.92 22.16	53.04 3.66 18.12	83.4 3.48 27.02	108.81 6.52 36.73	57.66 6.36 15.66	72.13 3.05 23.56	69.58 4.05 22.45
+95	97.8 0 24.18	0 0 0	86.84 0 21.45	0 3.63 10.24	39.42 0 9.83	0 26 19.52	39.64 0 9.54	36.71 23.93 27.07	104.2 0 25.83	32.5 0 8.14	43.71 5.36 15.58

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2008-2017).

con la literatura acerca de la temática (González, Rodríguez, Aristizábal, García, Palacio y López, 2010). Debido a las diferencias en el método escogido (Rueda, Díaz, Rangel, Castro y Camacho, 2011), las mujeres, aunque podrían intentarlo hasta tres veces más que los hombres, tendrían también mayor número de fracasos; en cambio los hombres recurrirían a métodos más letales (ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación y salto al vacío). Quizá esto podría explicar las diferencias tan acusadas en cuanto a número entre sexos. En efecto, se ha encontrado que las mujeres sólo superan a los hombres en número de suicidios en aquellos métodos que recurren al envenenamiento (envenenamiento por exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados, por alcohol, por disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas...). Otros métodos registrados en el INE no se han dado en ningún año y por tanto han sido eliminados en este estudio (envenenamiento por exposición a analgésicos no narcóticos o por antipiréticos y antirreumáticos).

En cuanto a la distribución del suicidio por edades resulta muy alarmante las elevadas Tasas de Suicidio encontradas entre los mayores. De hecho, la Tasa Media de Suicidio por cada 100000 habitantes más elevada se da en la franja de edad entre los 85 y los 89 años, franja más elevada a su vez para las mujeres seguida de los 80-84 y los 90-94, tramo en el que la Tasa Media para los hombres es la más elevada, siendo una tasa bastante alarmante. Por otro lado, si bien, en algunos trabajos previos (Gutiérrez, 1998), se ha descrito un incremento relativo del suicidio entre jóvenes, este fenómeno no se da en Andalucía ni en jóvenes, ni en edades medias, con excepciones puntuales en algunos años, que se observan en las tablas, aunque sin ser significativo. De hecho, en los más jóvenes se encuen-

tran las tasas más bajas (en los tramos 15-29 y 30-39).

Este aumento de las tasas conforme se avanza la edad para ambos sexos, siendo hasta 8 veces superior con respecto a los más jóvenes, se ha constatado ya en otros estudios previos (Morant, Criado, García, García, Domper y Tornil, 2001), señalándose que los mayores de 65 años presentarían hasta 1.5 veces más riesgo de cometer suicidio que los jóvenes, aumentando el riesgo después de los 85 años en comparación con otros tramo de edad (Koponen et al., 2007; Stern, Frocchione, Cassem, Jellinek y Rosenbaum, 2010). En este sentido, sería conveniente realizar un análisis para esclarecer las causas con miras a la prevención, pero entre los factores de riesgo, se señala: ser varón, viudo o divorciado, padecer enfermedades crónicas, terminales o incapacitantes que reducen la movilidad y la calidad de vida, precarias condiciones económicas precarias, el aislamiento social, la viudedad, o los trastornos del estado de ánimo que en ocasiones quedan eclipsados por los problemas físicos, el uso de psicofármacos, el consumo de alcohol o los intentos previos de suicidio (Mirón-Canelo, Sáenz-González, Blanco Montagut y Martín, 1997; Iglesias García y Álvarez-Riesgo, 1999; Pedrós Roselló y Vera-Albero, 2001; Ruíz-Doblado, 2000; Sánchez, Orejarena y Guzmán, 2004; Ojagbemi, Oladeji, Abiona y Gureje, 2013; Guibert y Trujillo, 1999; Rodríguez, Medina y Cardona, 2013; Conwell, Duberstein, Connor, Eberly y Cox, E. Caine, 2002; Kawamura, Shioiri, Takahashi, Ozdemir y Someya, 2007; Wiktorsson, Runeson, Skoog, Ostling y Waern, 2010).

Es conveniente tener en cuenta todos estos factores para el diseño de estrategias preventivas, de detección, diagnóstico, intervención y seguimiento, y más tenida cuenta el envejecimiento de la población, por lo que nuestros mayores deberían convertirse en un objetivo prioritario. Pese a las cifras expuestas, y a ser un problema a nivel nacional, España no



cuenta con un programa de prevención de suicidio que disponga presupuestos para su ejecución, que priorice los cuidados desde Atención Primaria y que invierta en formación e investigación. Por otro lado, en el caso de los jóvenes sería conveniente hacer un análisis exhaustivo de las circunstancias que lo precipitan, puesto que en la mayoría de los casos existen psicopatologías a la base. Del mismo modo y con carácter preventivo, sería conveniente diseñar acciones específicamente dirigidas en la tercera edad, dado lo alarmante de las cifras. En este sentido, es primordial considerar la formación y el reciclaje de los profesionales y docentes, así como la sensibilización contra el estigma en la población general. Sólo con la implicación de todos los agentes podrán conseguirse resultados eficaces.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe señalar que no se dispone de la cifra de intentos de suicidio que, como se ha comentado anteriormente, guardaría estrecha relación con trastornos mentales subyacentes y con la posibilidad de reincidir (Pedrós y Vera, 2001; Ruíz, 2000.). Es preciso remarcar asimismo que, aunque en los últimos años se han producido mejoras notables en el registro, el acto suicida sigue siendo un tabú y una vergüenza para las familias, por lo que las cifras reales po-

drían ser superiores, aumentando la magnitud del fenómeno.

Todo esto pondría de manifiesto la necesidad de continuar trabajando en mejoras en el campo de la salud mental, a todos los niveles posibles, tanto en el ámbito del diagnóstico, como en la intervención (como, por ejemplo, a través de la elaboración y puesta en marcha de un Plan Estratégico Nacional, de urgente necesidad) que permitan abordar el fenómeno desde una perspectiva integral.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existe conflicto de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS

Álvaro-Meca, A., Kneib, T., Gil-Prieto, R. y Gil de Miguel, A. (2013). Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: A spatiotemporal analysis. *Public Health*, 127, 380-385. doi: 10.1016/j.puhe.2012.12.007

Conwell, Y., Duberstein, P., Connor, K., Eberly, S., Cox, C. y Caine, E. (2002). Access to firearms and risk for suicide in middle-aged and older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 407-416.

TABLA 5
PRINCIPALES MÉTODOS DE SUICIDIO EN ANDALUCÍA NÚMERO DE SUICIDIOS EN ANDALUCÍA POR MÉTODO ESCOGIDO
(HOMBRES, MUJERES Y PROMEDIO) (ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL INE)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Envenenamiento e intoxicación medicamentosa	48 35 83	60 47 107	50 43 93	39 20 59	52 35 87	41 39 80	296 34 330	35 25 60	36 31 67	43 36 79	699 345 1044
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	423 58 481	344 47 391	346 52 398	345 53 398	409 55 464	389 67 456	412 60 472	347 62 409	341 58 399	330 61 391	3686 573 4259
Ahogamiento y sumersión	10 6 16	13 5 18	9 5 14	18 7 25	9 7 16	12 10 22	4 3 7	5 6 11	2 3 5	4 7 11	86 59 145
Arma de fuego	44 2 46	42 1 43	40 1 41	30 1 31	33 2 35	49 2 51	49 1 50	48 1 49	27 1 28	26 1 27	388 13 401
Fuego o estilo bonzo	3 1 4	2 1 3	2 0 2	1 0 1	3 0 3	2 0 2	2 0 2	0 2 2	2 1 3	2 1 3	19 6 25
Auto-laceraciones	17 3 20	18 3 21	13 3 16	11 0 11	10 4 14	19 4 23	8 6 14	7 1 8	9 2 11	15 3 18	127 29 156
Defenestración y precipitación	92 58 150	88 57 145	61 36 97	65 44 109	96 58 154	100 62 162	93 47 140	65 48 113	85 38 123	78 65 143	823 513 1336
Atropello voluntario	8 0 8	6 2 8	9 1 10	3 1 4	2 2 4	4 0 4	2 1 3	4 0 4	2 0 2	3 1 4	43 8 51
Colisión de vehículo de motor	1 0 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	1 0 1
Lesión por otros medios especificados	2 0 2	1 0 1	0 0 0	1 0 1	1 0 1	1 0 1	0 0 0	1 0 1	0 0 0	1 0 1	8 0 8
Lesión autoinfligida por medios no especificados	10 2 12	9 4 13	7 7 14	8 4 12	2 1 3	3 4 7	2 1 3	17 8 25	24 6 30	14 11 25	96 48 144

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2008-2017).



- Dorado Pombo, M.S., Álvarez Nido, R., Caballero Valles, P.J., Medina Asensio, J., ...Granado Garrido, J.A. (1992). Epidemiología de la intoxicación aguda: Estudio de 851 casos habidos en 1990 en el área sur de la Comunidad de Madrid. *Revista Clínica Española*, 191, 131-136.
- Dorado Pombo, S., Martín Fernández, J., Sabugal Rodelgo, G. y Caballero Valles, P.J. (1996). Epidemiología de la intoxicación aguda: Estudio de 613 casos habidos en 1994 en el área sur de la Comunidad de Madrid. *Revista Clínica Española*, 196, 150-156.
- García, J., Montoya, G.J., López, C., A. López, M.C., Montoya, P., ...Palacio, C.A. (2011). Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 199-214.
- García, J., Palacio, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., ...López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: Un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 11-28.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31, 271-286.
- González, A., Rodríguez, A., Aristizábal, A., García, J., Palacio, C. y López, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): Estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 251-267.
- Guibert, W. y Trujillo, O. (1999). Intento suicida del anciano en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 509-515.
- Gutiérrez, A. y Contreras, C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Mental*, 31, 321-330.
- Gutiérrez García, J.M. (1998). Predominio del suicidio urbano sobre el rural en España. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26, 111-115.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2017). Cifras de población referidas al 01/01/2017. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984.
- Kawamura, T., Shioiri, T., Takahashi, K., Ozdemir, V. y Somaya, T. (2007). Survival rate and cause of mortality in the elderly with depression: A 15-year prospective study of Japanese community sample: The Matsunoyama-Niigata suicide prevention project. *Journal of Investigative Medicine*, 55, 106-114. doi: 10.2310/6650.2007.06040.
- Kopomem, H.J., Viilo, K., Hakko, H., Timonen, M., Meyer-Rochow, V.B., ...Räsänen, P. (2007). Rates and previous disease history in old age suicide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 38-46. doi:10.1002/gps.1651.
- Laanani, M., Ghosn, W., Jougl, E. y Rey G. (2015). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69, 103-109.
- Ocaña-Riola, R., Mayoral-Cortés, J.M., Sánchez-Cantalejo, C., Toro-Cárdenas, S., Fernández-Ajuria, A. y Méndez-Martínez, C. (2008). Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA). *Revista Española de Salud Pública*, 82, 379-394.
- Ojagbemi, A., Oladeji, B., Abiona, T. y Gureje, O. (2013). Suicidal behavior in old age-results from the Ibadan study of ageing. *BMC Psychiatry*, 13, 80. Doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-80>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *El Informe sobre la salud en Europa 2018; más que números, evidencias para todos*. Ginebra: WHO Press, World Health Organization. Recuperado de: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018>.
- Pedrés Roselló, A. y Vera Albero, P. (2001). Análisis epidemiológico de la conducta suicida en el área 13 de Valencia. *Anales de Psiquiatría*, 17, 48-52.
- Pérez Camarero S (2009). El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 126-142.
- Reeves, A., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S-S., Basu, S., ...Stuckler, D. (2015). Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: Cross-national analysis of 20 EU countries. *European Journal of Public Health*, 25(3), 404-409. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku168>
- Rodríguez, J., O. Medina, O. y Cardona, D. (2013). Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda. Colombia, 2005-2010. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61, 9-16.
- Rueda, G., Díaz, P., Rangel, A., Castro, V. y Camacho, P. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 637-646.
- Ruiz-Ramos, M. (2010). Tendencias de la mortalidad por suicidio en Andalucía. En Consejería de Salud (Eds.), *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida* (pp.73-84). Granada: EASP Consejería de Salud.
- Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2009). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Nueva York: Wolters Kluger.
- Salmerón, D., Cirera, L., Ballesta, M. y Navarro-Mateu, F. (2013). Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. *Journal of Public Health*, 35, 237-245. doi: 10.1093/pubmed/fds103. Epub 2013 Jan 4.
- Sánchez, R., Orejarena, S. y Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista de Salud Pública*, 6, 217-234.
- Stern, T., Fricchione, G., Cassem, N., Jellinek, M. y Rosenbaum, J. (2010). *Handbook of general hospital psychiatry. Care of suicidal patient*, Boston, MA: Massachusetts General Hospital.
- Valencia, H., Campo-Cabal, G., Borrero, C., García, A. y Patiño, M. (2011). Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle. Cali (1994-2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 619-636.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S. y Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 57-67. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181bd1c13.

