

## Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013)

### *Characteristics of suicides in Navarra by gender (2010-2013)*

L. Azcárate<sup>1</sup>, R. Peinado<sup>2</sup>, M. Blanco<sup>3</sup>, A. Goñi<sup>4</sup>, M.J. Cuesta<sup>4</sup>, I. Pradini<sup>5</sup>, J.J. López-Goñi<sup>6</sup>

#### RESUMEN

**Fundamento.** Determinar el número de suicidios y las principales variables sociodemográficas, temporales y métodos empleados en los mismos en Navarra en el periodo 2010-2013 en función del sexo.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas informatizadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de los suicidios consumados en Navarra.

**Resultados.** Se produjeron 180 suicidios. El número de suicidios se mantuvo estable: 41 en el año 2010, 51 en el año 2011 y 44 en los años 2012 y 2013. El 75,4% (n=136) eran hombres y el 24,6% (n=44) mujeres. En la franja de edad comprendida entre los 13 y los 26 años de 13 suicidios, 12 (92,3%) fueron de hombres. En cuanto a la situación laboral, el 49,3% (n=70) eran pensionistas. La mayor frecuencia de suicidios se dio en verano (n=71) y primavera (n=39). El lunes fue el día de la semana con más suicidios (n=37) y el intervalo entre las 8:00 y las 12:00 el momento del día en que más suicidios (n=80) se produjeron. Los métodos más empleados fueron el ahorcamiento (n=59), la precipitación desde altura (n=41) y la sobre ingesta farmacológica (n=23). Los varones emplearon con mayor frecuencia métodos violentos. Es necesario destacar que en algunas de las variables sociodemográficas había hasta un 60% de casos sin información.

**Discusión.** Los resultados encontrados muestran algunas especificidades del fenómeno del suicidio en Navarra que deben considerarse para su prevención. Asimismo se recomienda desarrollar e implementar protocolos específicos de recogida de información para mejorar las estrategias preventivas.

**Palabras clave.** Suicidio. Diferencias de género. Método sociodemográfico.

#### ABSTRACT

**Objective.** To determine the number of suicides and the main social and demographic characteristics, time frames and methods involved during the period 2010-2013 in Navarra by gender.

**Methods.** A study of the Electronic Clinical Records provided by Navarra's Healthcare Service in which suicides in Navarra are detailed.

**Results.** One hundred and eighty individuals committed suicide. The number of suicides remained stable: 41 in 2010, 51 in 2011 and 44 in 2012 and 2013. Seventy-five point four percent were males (n=136) and 24.6% (n=44) were females. In the 13 to 26 age group, 12 (92.3%) out of 13 suicides were committed by males. In terms of employment status, 49.3% (n=70) were pensioners. The highest rate of suicides was reached in summer (n=71) and spring (n=39). Monday was the day with the highest rate of suicides (n=37) and the time period between 8:00 and 12:00 hours was when the highest number of suicides (n=80) took place. The most usual ways of committing suicide were hanging (n=80), falling from a height (n=41) and pharmacological overdose (n=23). Males used violent methods more frequently. It is necessary to highlight the fact that in some of the sociodemographic characteristics there was up to 60% of cases without enough information.

**Conclusion.** The results obtained show some specific features of the phenomenon of suicide in Navarra that should be considered for its prevention. Furthermore, the implementation of effective protocols of data collection is recommended to develop prevention strategies.

**Keywords.** Suicide. Gender differences. Method Sociodemographic.

*An. Sist. Sanit. Navar.* 2015; 38 (1): 9-20

1. Centro de Salud Mental. Beasain-Osakidetza.
2. Fundación Argibide. Pamplona.
3. Centro Neurológico de Atención Integral.
4. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea
5. Instituto Navarro de Medicina Legal.
6. Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra.

Recepción: 28 de octubre de 2014

Aceptación provisional: 12 de diciembre de 2014

Aceptación definitiva: 2 de febrero de 2015

#### Correspondencia:

J.J. López-Goñi

Departamento de Psicología y Pedagogía

Universidad Pública de Navarra

Campus de Arrosadía s/n

31006 Pamplona. Navarra

E-mail: josejavier.lopez@unavarra.es

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que aproximadamente un millón de personas se suicidan en todo el mundo cada año, produciéndose una muerte cada 40 segundos. El número anual de vidas perdidas por este motivo excede al número de muertes conjuntas producidas por homicidios y por guerras. Además se observa una tendencia creciente: en los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% a lo largo de todo el mundo<sup>1</sup>. Algo semejante ocurre en España. Desde el año 2008 el suicidio es la principal causa de muerte externa, habiendo superado a los accidentes de tráfico. Esto supuso una media anual de 3.265 defunciones en el quinquenio 2007-2011<sup>2</sup>.

Los factores de riesgo relacionados con el suicidio son complejos y no están suficientemente establecidos, aunque hay evidencias de que las personas que se suicidan y las que lo intentan pertenecen a un mismo grupo de riesgo<sup>3,6</sup>. A su vez se considera que las conductas suicidas son el resultado de la interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, ambientales y situacionales<sup>7,9</sup>, constituyendo una compleja interacción entre factores de vulnerabilidad y eventos ambientales<sup>10</sup>. Desde los estudios clásicos hasta las publicaciones actuales, se extraen una serie de variables sociodemográficas y clínicas comunes con relación a los aspectos determinantes o de riesgo en este tipo de conducta. En concreto, de entre los factores establecidos, esta investigación se ha centrado en aspectos sociodemográficos, temporales-estacionales y en los métodos empleados.

Dentro de los factores demográficos más relevantes en el suicidio destacan el sexo y la edad. En España, el suicidio como causa de muerte presenta una tendencia creciente y este incremento se da en diferentes grupos de edad y en ambos sexos<sup>11</sup>.

En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres presentan tasas más altas de suicidio que las mujeres en cualquier grupo de edad<sup>12</sup>. Además los hombres emplean métodos más violentos (como las armas de

fuego o el ahorcamiento) mientras que las mujeres suelen emplear métodos menos agresivos (como la sobreingesta de psicótropos o venenos o incisiones con elementos cortantes)<sup>13,14</sup>.

Con respecto a la edad, el suicidio se incrementa con ésta, siendo el aumento más acusado a partir de los 40 años. Por otro lado, en el grupo de edad entre 15 y 24 años el suicidio parece ser la segunda causa de muerte<sup>11</sup>. Las tasas de suicidio en la población joven se han ido incrementando y extendiendo de forma alarmante, considerándose actualmente uno de los grupos de mayor riesgo<sup>12,15</sup>.

En cuanto a los factores sociales, el suicidio es más frecuente en varones divorciados y viudos, sobre todo en el primer año después de la muerte del cónyuge<sup>16</sup>. Además es más frecuente en ambos extremos del espectro socioeconómico<sup>12</sup>, si bien se destacan las situaciones de desempleo y de bajo nivel cultural como factores asociados al mismo<sup>27</sup>. Desde una perspectiva geográfica, es más frecuente en entornos urbanos y en zonas con niveles de rentas más bajas<sup>17</sup> o con altas tasas de desempleo, especialmente entre los hombres<sup>18</sup>.

Con relación a aspectos temporales, en los países del hemisferio norte los suicidios son más frecuentes los lunes y menos frecuentes los fines de semana. También se han identificado diferentes patrones de distribución de los suicidios en función de la estación del año entre hombres y mujeres<sup>7</sup>. Así mismo los factores meteorológicos parecen influir en los suicidios cometidos con métodos violentos, encontrándose tasas más altas de estos en los meses más cálidos (primavera y verano)<sup>7,13</sup>.

En lo que respecta a la hora en la que se cometen, un estudio reciente<sup>19</sup> –en contraposición con la literatura previa– indica que los suicidios son mucho más probables entre la medianoche y las 4 de la madrugada. Estos autores señalan la influencia de factores circadianos a partir de la relación ya conocida entre el suicidio y los trastornos del sueño, así como la mayor predisposición a cometer actos impulsivos facilitados por el consumo de alcohol y drogas durante la noche.

La realización de estudios epidemiológicos provinciales ha sido una de las estrategias más comúnmente empleadas para profundizar en el conocimiento del fenómeno del suicidio, así como para elaborar estrategias de prevención. Sin embargo, a pesar de que el suicidio se ha convertido en uno de los focos prioritarios de la política sanitaria de la Unión Europea y del Sistema Nacional de Salud, en España apenas se han desarrollado o implementado programas de tipo preventivo, encontrándose en el momento actual muy por debajo del nivel de otros países europeos con un desarrollo similar<sup>20</sup>. La valoración de los datos epidemiológicos aporta una información valiosa sobre los factores de riesgo y de protección que influyen en el suicidio<sup>21</sup>.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio es conocer las características de la mortalidad por suicidio en la Comunidad Foral de Navarra durante el período 2010-2013, con la finalidad de describir la incidencia de los casos de suicidios consumados y describir las variables relacionadas con las características sociodemográficas, temporales y métodos empleados en función del sexo, para que puedan guiar el desarrollo de estrategias y metodologías de prevención.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en este estudio todas las personas que en el periodo 2010-2013 habían fallecido como resultado de un suicidio consumado.

Se creó una base de datos al efecto para la recolección de los datos de las historias clínicas informatizadas de los pacientes.

El estudio comenzó tras la aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Navarra (Ref. 44/2012). Para determinar qué personas habían fallecido como resultado de un suicidio, se partió de la información suministrada por el Instituto Navarro de Medicina Legal en el periodo correspondiente.

Una vez identificadas las personas, se revisaron las historias clínicas informatizadas en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se completó la base de datos elaborada al efecto. Cada historia clínica

fue revisada dos veces por diferentes investigadores con el propósito de asegurar la corrección de los datos recogidos. En caso de no coincidencia entre los dos investigadores, el resto del equipo de investigación participó hasta lograr un consenso en torno al dato dudoso.

En este estudio se han explorado las variables sociodemográficas, temporales y los métodos empleados.

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. En los resultados de las diferentes variables se ha incluido el número de casos perdidos, por no estar recogida la información en la historia clínica. Posteriormente estos casos se han excluido de los análisis bivariados. En las comparaciones bivariadas entre hombres y mujeres se empleó el análisis de  $\chi^2$ , o la prueba t de Student, según la naturaleza de las variables analizadas, considerándose una  $p < 0,05$  como significativa.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (vs. 15.0).

## RESULTADOS

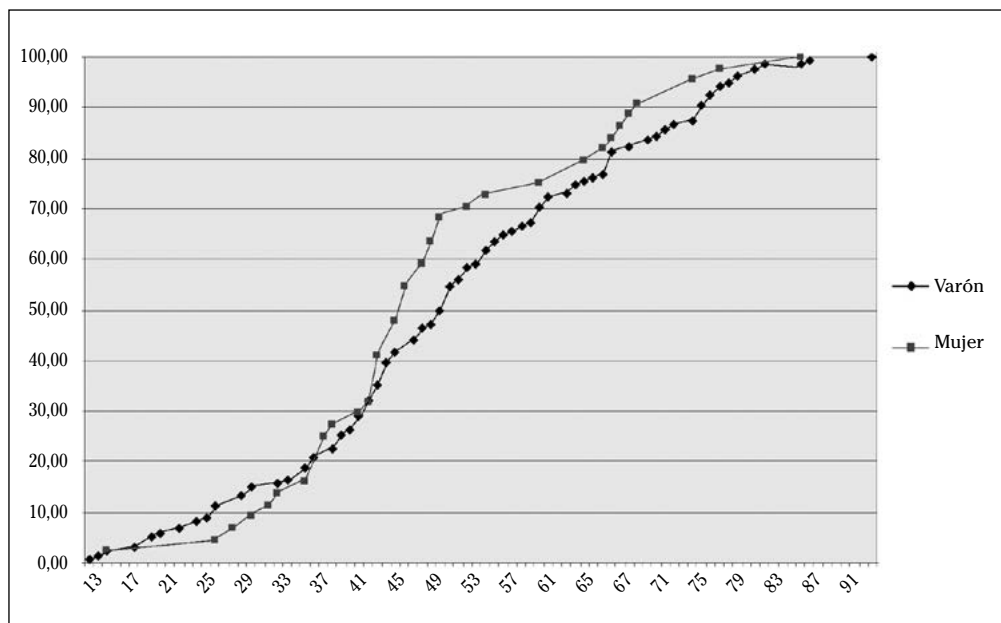
En el periodo estudiado se produjeron un total de 180 suicidios. El 22,8% ( $n = 41$ ) tuvieron lugar en el año 2010, el 28,3% ( $n = 51$ ) en el año 2011 y en los años 2012 y 2013 se produjeron el 24,45% ( $n = 44$ ). Las tasas de suicidio por 100.000 habitantes, fueron 6,4 en el año 2010, 7,9 en el año 2011 y 6,8 en los años 2012 y 2013. En cuanto al sexo, se suicidaron 136 hombres (75,5%) y 44 mujeres (24,5%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la distribución de los suicidios en dichos años ( $p = 0,585$ ). Las tasas por 100.000 habitantes desagregadas por sexo entre hombres y mujeres se distribuyeron de la siguiente manera: 10 vs. 2,8 en el año 2010, 11,5 vs. 4,3 en el año 2011, 11,2 vs. 2,5 en el 2012, y 9,7 vs. 4,0 en el 2013.

### Características sociodemográficas

En la tabla 1 se presentan las principales características sociodemográficas de la muestra. La nacionalidad predominante

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas y comparación por sexo

	Total (N = 180)		Hombres (n = 136)		Mujeres (n = 44)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	Media	(d.t.)	Media	(d.t.)	Media	(d.t.)		
<b>Edad media</b>	53,2	(18,7)	53,8	(19,3)	51,5	(16,7)	0,7 (177)	0,477
	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>X<sup>2</sup>(gl)</b>	
<b>Nacionalidad</b>								
Española	170	(94,4%)	129	(94,9%)	41	(93,2%)	0,2 (1)	0,674
Extranjera	10	(5,6%)	7	(5,1%)	3	(6,8%)		
<b>Medio en el que reside</b>								
Urbano	98	(54,4%)	73	(53,7%)	25	(56,8%)	0,1 (1)	0,716
Rural	82	(45,6%)	63	(46,3%)	19	(43,2%)		
<b>Nivel educativo</b>								
Se desconoce	107	(59,4%)	87	(64,0%)	20	(45,5%)		
Casos válidos	73		49		24			
Sin estudios	3	(4,1%)	3	(6,1%)	0	-		
Estudios primarios	31	(42,5%)	25	(51,0%)	6	(25,0%)		
Secundarios/Formación Profesional	25	(34,3%)	16	(32,6%)	9	(37,5%)	10,4 (3)	0,034
Bachillerato	3	(4,1%)	1	(2,0%)	2	(8,3%)		
Universitarios	11	(15,0%)	4	(8,1%)	7	(29,2%)		
<b>Estado civil</b>								
Se desconoce	48	(26,7%)	41	(30,1%)	7	(15,9%)		
Casos válidos	132		95		37			
Soltero	53	(40,1%)	44	(46,3%)	9	(24,3%)		
Casado/a	43	(32,6%)	27	(28,4%)	16	(43,2%)	6,1 (3)	0,105
Separado/a-Divorciado/a	24	(18,2%)	17	(17,9%)	7	(18,9%)		
Viudo/a	12	(9,1%)	7	(7,37%)	5	(13,5%)		
<b>Situación de convivencia</b>								
Se desconoce	58	(32,2%)	48	(35,3%)	10	(22,7%)		
Casos válidos	122		88		34			
Solo	31	(25,4%)	28	(31,8%)	3	(8,8%)		
Con pareja	25	(20,5%)	11	(12,5%)	14	(41,2%)		
Con pareja e hijo/s	15	(12,3%)	9	(10,2%)	6	(17,6%)	23,1 (5)	0,000
Con su/s hijo/s	8	(6,6%)	4	(4,5%)	4	(11,7%)		
Con otros familiares	31	(25,4%)	24	(27,3%)	7	(20,6%)		
Otros (interno, con expareja, en piso compartido, con conocidos)	12 <sup>a</sup>	(9,8%)	12	(13,6%)	0	-		



**Figura 1.** Porcentaje acumulado de casos según la edad en el momento del suicidio por sexos.

de las víctimas era la española (94,4%), y en el 54,4% de los casos residían en medio urbano, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres presentaban un mayor nivel educativo que los hombres y estaban en mayor proporción casadas, y conviviendo con otras personas en el momento del suicidio.

La edad media era de 53,2 años (D.T. = 18,7) sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,477$ ) entre hombres ( $X = 53,8$ ; D.T. = 19,3) y mujeres ( $X = 51,5$ ; D.T. = 16,7). En la figura 1 se presenta la distribución de los suicidios en cuanto a la edad en la que se cometieron (% de casos acumulado).

La persona más joven que se suicidó fue un hombre de 13 años y la de mayor edad fue un varón de 100 años; a su vez, la mujer más joven que se suicidó tenía 15 años, y la de mayor edad 80. Un 2,8% de los suicidios fueron cometidos por menores de 18 años ( $n = 5$ ). De los 13 suicidios consumados entre los 13 y los 26 años, 12

corresponden a hombres y solamente uno a una mujer. Un 3% de los hombres se encontraban entre los 13 y 18 años frente a un 2,3% de las mujeres. Un 19,4% de los hombres tenía entre 19 y 40 años, frente a un 25% de las mujeres. Entre los 41 y 52 se encontraba el 27,6% de los hombres frente al 40,9% de las mujeres. Entre los 53 y 65 el 22,4% de los hombres frente al 6,8% de las mujeres. Finalmente, entre los 66 y 100 años estaban el 27,6% de los hombres y el 25% de las mujeres.

En la tabla 2 se presenta la situación laboral y la cualificación de la muestra. El 49,3% de los casos eran personas pensionistas. La distribución es muy semejante entre hombres y mujeres. Sin embargo, las mujeres presentan una mayor cualificación profesional que los hombres.

### Características temporales

En la tabla 3 se presentan la estación, el día de la semana y la hora en que se produjeron los suicidios.

**Tabla 2.** Variables laborales y comparación por sexo

	Total (N = 180)		Hombres (n = 136)		Mujeres (n = 44)		X <sup>2</sup> (gl)	p
	N	(%)	n	(%)	n	(%)		
<b>Situación laboral</b>								
Se desconoce	38	(21,1%)	30	(22,1%)	8	(18,2%)		
Casos válidos	142		106		36			
Pensionista	70	(49,3%)	56	(52,8%)	14	(38,9%)		
Activo	28	(19,7%)	21	(19,8%)	7	(19,4%)		
Baja laboral	17	(12,0%)	11	(10,4%)	6	(16,7%)	5,4 (5)	0,371
Desempleado sin subsidio	22	(15,5%)	15	(14,1%)	7	(19,4%)		
Estudiante	4	(2,8%)	3	(2,8%)	1	(2,8%)		
Ama de casa	1	(0,7%)	0	-	1	(2,8%)		
<b>Cualificación profesional</b>								
Se desconoce	108	(60,0%)	86	(63,2%)	22	(50,0%)		
Casos válidos	72		50		22			
Trabajador no cualificado	40	(55,6%)	35	(70,0%)	5	(22,7%)		
Trabajador cualificado	14	(19,4%)	8	(16,0%)	6	(27,3%)		
Propietario de comercio, servicios, ATS, maestro	7	(9,7%)	3	(6,0%)	4	(18,2%)	20,9 (4)	0,000
Ama de casa	5	(6,9%)	0	-	5	(22,7%)		
Mando intermedio-directivo	6	(8,3%)	4	(8,0%)	2	(9,1%)		

El mayor porcentaje de suicidios se produjo en el verano (39,4%), seguido por la primavera (21,7%), el invierno (21,1%) y el otoño (17,8%). Entre los hombres el mayor porcentaje de suicidios se dio en verano (41,2%) mientras que entre las mujeres el mayor porcentaje se dio igualmente en verano que en invierno (34,1%). Tanto en las mujeres como en los hombres se da un mayor número de casos en verano que en primavera, y un descenso en otoño. Ahora bien, entre el otoño y el invierno en las mujeres se da un incremento, mientras que entre los hombres se da un ligero descenso.

En cuanto al momento del día en el que se producen los suicidios, la mayoría se registran por la mañana, tanto entre hombres como entre mujeres.

En relación con el mes del año en el que se produjeron los suicidios, se encontró

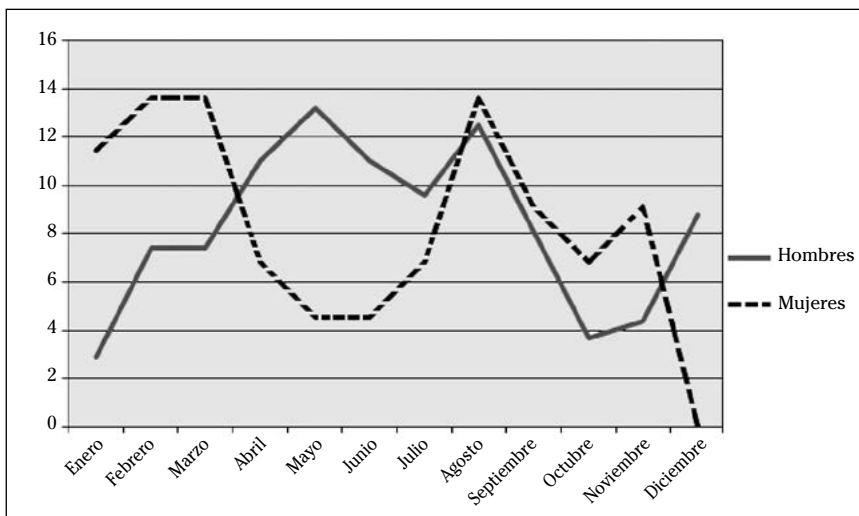
una diferente tendencia entre los hombres y las mujeres (Fig. 2).

### Métodos empleados

Considerados globalmente, los tres métodos más empleados para el suicidio (Tabla 4) fueron el ahorcamiento (32,8%), la precipitación desde altura (22,8%) y la sobreingesta farmacológica (12,8%). Sin embargo, se encontraron diferencias entre ambos sexos. Entre los hombres los tres métodos más empleados fueron el ahorcamiento (34,6%), la precipitación desde altura (24,3%) y las armas de fuego (11,0%), mientras que entre las mujeres lo fueron el ahorcamiento y la sobreingesta farmacológica (cada uno de ellos con un 27,3%) junto con la precipitación desde altura (18,2%).

**Tabla 3.** Aspectos relacionados con el momento del suicidio y comparación por sexo

	Total (N = 180)		Hombres (n = 136)		Mujeres (n = 44)		X <sup>2</sup> (gl)	p
	N	(%)	n	(%)	n	(%)		
<b>Estación del año</b>								
Primavera	39	(21,7%)	33	(24,3%)	6	(13,6%)		
Verano	71	(39,4%)	56	(41,2%)	15	(34,1%)	6,8 (3)	0,078
Otoño	32	(17,8%)	24	(17,6%)	8	(18,2%)		
Invierno	38	(21,1%)	23	(16,9%)	15	(34,1%)		
<b>Día de la semana</b>								
Lunes	37	(20,6%)	30	(22,1%)	7	(15,9%)		
Martes	30	(16,7%)	22	(16,2%)	8	(18,2%)		
Miércoles	30	(16,7%)	21	(15,4%)	9	(20,5%)		
Jueves	28	(15,6%)	21	(15,4%)	7	(15,9%)	2,5 (6)	0,872
Viernes	11	(6,1%)	7	(5,1%)	4	(9,1%)		
Sábado	21	(11,7%)	17	(12,5%)	4	(9,1%)		
Domingo	23	(12,8%)	18	(13,2%)	5	(11,4%)		
<b>Momento del día</b>								
Se desconoce	22	(12,2%)	17	(12,5%)	5	(11,4%)		
Casos válidos	158		119		39			
Mañana	80	(50,6%)	55	(46,2%)	25	(64,1%)		
Tarde	39	(24,7%)	32	(26,9%)	7	(18,0%)	3,7 (2)	0,152
Noche	39	(24,7%)	32	(26,9%)	7	(18,0%)		



**Figura 2.** Porcentaje acumulado de casos en cada mes del año en función del sexo

**Tabla 4.** Métodos empleados, lugar en el que se produjo el suicidio y comparación por sexo

	Total (N = 180)		Hombres (n = 136)		Mujeres (n = 44)		X <sup>2</sup> (gl)	p
	N	(%)	n	(%)	n	(%)		
<b>Métodos empleados</b>								
Ahorcamiento	59	(32,8%)	47	(34,6%)	12	(27,3%)		
Precipitación desde altura	41	(22,8%)	33	(24,3%)	8	(18,2%)		
Sobreingesta farmacológica	23	(12,8%)	11	(8,1%)	12	(27,3%)		
Arma de fuego	18	(10,0%)	15	(11,0%)	3	(6,8%)	n.a. <sup>a</sup>	
Inmersión	10	(5,6%)	7	(5,1%)	3	(6,8%)		
Intoxicación por gas	10	(5,6%)	9	(6,5%)	1	(2,3%)		
Venoclisis	6	(3,3%)	4	(2,9%)	2	(4,5%)		
Precipitarse sobre un medio de transporte	6	(3,3%)	5	(3,7%)	1	(2,3%)		
Envenenamiento (lejía, pesticidas...)	4	(2,2%)	3	(2,2%)	1	(2,3%)		
Quemarse	2	(1,1%)	1	(0,7%)	1	(2,3%)		
Asfixia (sofocación)	1	(0,6%)	1	(0,7%)	0	-		
<b>Lugar</b>								
Domicilio propio	118	(65,6%)	85	(62,5%)	33	(75,0%)		
Otro lugar	61	(33,9%)	50	(36,8%)	11	(25,0%)	2,1 (1) <sup>b</sup>	0,143
Se desconoce	1	(0,6%)	1	(0,7%)	0	-		
<b>Nota de despedida</b>								
Sí	33	18,4%	22	16,3%	11	25,0%		
No	146	81,6%	113	83,7%	33	75,0%	1,7 (1) <sup>b</sup>	0,196
Se desconoce	1	(0,6%)	1	(0,7%)	0	-		
<b>Aviso de la intención de suicidio</b>								
Sí	12	6,7%	10	7,4%	2	4,5%		
No	167	93,3%	125	92,6%	42	95,5%	0,4 (1) <sup>b</sup>	0,509
Se desconoce	1	(0,6%)	1	(0,7%)	0	-		

<sup>a</sup>No se calcula el valor de X<sup>2</sup> porque el número de celdas cuyo valor esperado es 0 es mayor que el 20%

<sup>b</sup>Se ha excluido el caso perdido del análisis X<sup>2</sup>



En cuanto al lugar en que se cometió el suicidio, en el 65,6% de los casos fue en el domicilio propio. En un 18,4% de los casos se encontró una nota, y en el 93,3% de los casos no se había registrado un aviso de la intención de cometerlo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

## DISCUSIÓN

El presente estudio refleja cierta estabilidad en el número de suicidios ocurridos en Navarra durante el período estudiado (2010-2013). En contra de la asociación entre crisis económica y suicidio postulada por algunos autores<sup>22</sup>, en la Comunidad Foral de Navarra no se observa un incremento de los suicidios tras el inicio de la crisis económica mundial<sup>2</sup>. Sin embargo, resulta destacable señalar que las tasas de suicidio en Navarra tienden a ser superiores a la media española, y que actualmente, el suicidio es la principal causa externa de mortalidad en dicha Comunidad<sup>2,23</sup>.

Un dato relevante es la falta de información sobre las diferentes características que presentan las personas que se suicidan. En algunas de las variables estudiadas se desconocen los datos de hasta un 60% de las personas.

En relación con el sexo, el mayor porcentaje de suicidios se ha producido en varones (75,5% de los casos). Este resultado concuerda con los obtenidos en estudios internacionales, que señalan –como en este mismo estudio– una proporción de suicidios varón/mujer de 3:1 en los países occidentales<sup>24</sup>, y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo<sup>25</sup>. Este predominio del sexo masculino ha sido asociado por múltiples estudios con la mayor letalidad de los métodos de suicidio empleados por ellos, frente a los empleados por las mujeres.

Con respecto a la distribución de los suicidios en los diferentes grupos de edad, los resultados encontrados coinciden con la tendencia general, constatándose un aumento en función de la edad (edad media 53,2 años) para ambos sexos<sup>11,23</sup>, así como un número destacable de suicidios en población joven. El incremento del suicidio

juvenil justifica la consideración de este colectivo como una población diana en las campañas preventivas<sup>1</sup>.

En el caso de los varones, los suicidios se distribuyen a lo largo de todos los años de la vida, mientras que en el caso de las mujeres el 40-80% de los casos corresponden a la franja de edad 40-70 años. Además la mayoría de los suicidios entre menores de 26 años se da en hombres. Este hallazgo muestra un patrón diferencial según la edad y el sexo ya informado por la literatura y las estadísticas oficiales<sup>17</sup>.

En relación con otras variables estudiadas, los datos obtenidos son semejantes a los de otros estudios. Se observa un predominio de los casos de suicidio en las zonas urbanas frente a las rurales (54,4% urbanos) –aunque semejante a la distribución de la población navarra en ambas áreas– y una mayor tasa de suicidios entre los hombres y las mujeres<sup>26</sup>. También coinciden con el predominio de hombres solteros, que viven solos y presentan un bajo nivel educativo. Estos resultados apoyarían la relación entre estas variables y el riesgo de suicidio<sup>27,28</sup>. Frente a esto, el mayor nivel educativo de las mujeres, el estado civil casado y la convivencia con otras personas, reflejaría el papel protector del apoyo social y familiar frente a la conducta suicida<sup>27</sup>.

A diferencia de los resultados encontrados por otros estudios sobre la relación entre desempleo y suicidio<sup>29,30</sup>, en este estudio la mayoría de los casos corresponden a pensionistas (49,3%) –debido a la edad–, y no a personas en desempleo (15,5%). Entre las personas suicidadas tan sólo un 0,7% son amas de casa, lo cual, nuevamente podría reflejar el papel protector del apoyo social.

Con relación a las características temporales de los actos autolíticos, la mayor frecuencia se ha observado durante los meses de primavera y fundamentalmente verano, tal como ocurre en otros lugares<sup>31,32</sup>. A este respecto, cabe subrayar que el mes en el que los varones realizaron más actos suicidas fue mayo (seguido de agosto y abril), y que las mujeres se suicidaron en la misma frecuencia en verano e invierno.

El lunes fue el día de la semana en el que se cometieron más actos suicidas. Este dato coincide con un estudio reciente en países del hemisferio norte<sup>7</sup>, aunque no se corresponde con otros estudios previos en territorio nacional en que se identifica el fin de semana como el momento en que se cometen más actos suicidas<sup>33-35</sup>.

Por último, tanto los hombres como las mujeres que se suicidaron lo hicieron con mayor frecuencia durante la mañana, en concreto durante el intervalo comprendido entre las 8:00 a.m. y las 12:00 a.m., siendo en ambos sexos menor tanto durante la tarde como durante la noche en idéntica proporción. Este dato coincide con la mayoría de estudios previos y difiere del que señala la noche como el momento más probable para suicidarse<sup>19</sup>.

En cuanto a la naturaleza formal específica de los suicidios, los varones de la muestra emplean con mayor frecuencia métodos violentos, al igual que lo recogido en estudios previos<sup>18,32</sup>. Ahora bien, el uso por parte de las mujeres de la sobre-ingesta farmacológica y el ahorcamiento, en primer lugar, y de la precipitación desde altura en segundo lugar, coincide sólo parcialmente con lo recogido en la bibliografía sobre este tema, en la que los métodos más frecuentes son el ahorcamiento, la sobre-ingesta farmacológica y la precipitación desde altura<sup>36</sup>. En cualquier caso, los resultados obtenidos en la muestra femenina sí apoyarían la hipótesis del empleo de métodos menos violentos<sup>3,14</sup>.

Por lo que respecta a las notas suicidas, los resultados son muy semejantes a los encontrados en muestras gallegas<sup>37</sup> y norteamericanas<sup>38</sup>. En todos los casos un 18% de las personas que se suicidaron dejaron una nota suicida. Hasta la fecha no se han encontrado características sociodemográficas ni precipitantes diferenciales entre quienes dejan nota de despedida y quienes no la dejan.

Este estudio presenta algunas limitaciones que pueden afectar a la generalización de sus resultados. La principal limitación está relacionada con la ausencia de datos en algunas de las variables analizadas. Aunque se ha hecho un gran esfuerzo en

la recopilación, en algunas ocasiones la información no constaba en las historias clínicas de los pacientes, siendo imposible su obtención. En este sentido es importante señalar que el método de recogida de datos empleado (la consulta de la historia clínica "a posteriori") no puede sustituir a la búsqueda de información bajo otros métodos, ya que este tipo de documentación clínica no está prevista para el uso que se le ha dado en esta investigación. Por ello es necesario establecer en la práctica clínica protocolos de evaluación sistematizados que, por medio de la entrevista clínica, valoren los factores de riesgo de la conducta suicida en población vulnerable, tanto en pacientes ya atendidos, como en las tentativas autolíticas y su seguimiento, así como su registro protocolizado en la historia clínica del paciente. Otra limitación es que en esta investigación no se ha podido contar con un grupo de control.

En suma, es necesario continuar con el estudio de este fenómeno, con el fin último de potenciar al máximo las medidas preventivas con las cuales poder disminuir el elevado número de muertes por suicidio. Es por ello de vital importancia recoger información lo más completa posible sobre los suicidios, para de esta manera intentar ayudar a las personas que recurren al suicidio como la única salida a sus circunstancias personales. Sólo mediante un estudio continuo del tema y un seguimiento constante de los casos ocurridos, y de los que lo intentan, se podrá mejorar en el tratamiento y la prevención de los actos suicidas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
2. FERNÁNDEZ-CUENCA R, LLÁCER A, LÓPEZ-CUADRADO T, GÓMEZ-BARROSO D. Mortalidad por causas externas en España. Boletín epidemiológico semanal 2014; 22: 56-76.
3. MORANT C, CRIADO-ÁLVAREZ JJ, GARCÍA-PINA R. Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha. (1991-1998). *Psiquiatría biológica* 2001; 8:135-140.

4. PARRA URIBE I, BLASCO-FONTECILA H, GARCÍA-PARÉS G, GIRÓ BATALLA M, LLORENS CAPDEVILA M, CEBRIÀ MECA A et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disorders* 2013; 150: 840-846.
5. RUIZ-RAMOS M, MUÑOZ BELLERÍN J, RAMOS LEÓN JM, GIL ARRONES J, RUIZ PÉREZ I, MURIEL FERNÁNDEZ R. Tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía desde 1976 a 1995. *Gac Sanit* 1999; 13: 135-140.
6. BLASCO-FONTECILLA H, BACA-GARCÍA E, LÓPEZ-CASTROMAN J, editors. Preventing the predictable. 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour; 2010; Rome.
7. LAW CK, DE LEO D. Seasonal differences in the day-of-the-week pattern of suicide in Queensland, Australia. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 2: 2825-2833.
8. JIMÉNEZ NUÑO J, ARRUFAT NEBOT F, CARRERA GOULA R, GAY PASTOR M. Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Revista Española de Medicina Legal* 2012; 38: 131-136.
9. WASSERMAN D, CARLI V, WASSERMAN C, APTER A, BALAZS J, BOBES J et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010; 10: 192.
10. LEIVA-MURILLO JM, LÓPEZ-CASTROMÁN J, BACA-GARCÍA E. Characterization of suicidal behaviour with self-organizing maps. *Comput Math Methods Med* 2013; 2013: 1-9.
11. MIRÓN CANELO JA, SAÉNZ GONZÁLEZ MC, BLANCO MONTAGUT L, FERNÁNDEZ MARTÍN C. Epidemiología descriptiva del suicidio en España (1906-1990). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997; 25: 327-331.
12. HAWTON K, VAN HEERINGEN K. Suicide. *Lancet*; 2009; 373: 372-381.
13. VIDAL-RODEIRO CL, SANTIAGO-PÉREZ ML, PAZ-ESQUETE J, LÓPEZ-VIZCAÍNO ME, CERDEIRA-CARAMÉSA S, HERVADA-VIDALA X et al. Distribución geográfica y temporal del suicidio en Galicia (1976-1998). *Gac Sanit* 2001; 15: 389-397.
14. GARCÍA DE JALÓN E, PERALTA V. Suicidio y riesgo de suicidio. *An Sist Sanit Navar* 2002; 25: 87-96.
15. CANO F, RICO A, MARÍN R, BLANCO M, SANTOS M, LUCENA J. Suicidio en menores de 26 años en Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense* 2012; 18: 55-62.
16. RUIZ-PÉREZ I, OLRVY DE LABRY-LIMA A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit* 2006; 20: 25-31.
17. ARÁN BARÉS M, GISPERT R, PUIG X, FREITAS A, RIBAS G, PUIGDEFÀBREGAS A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). *Gac Sanit* 2006; 20: 473-480.
18. SALMERÓN D, CIRERA L, BALLESTA M, NAVARRO-MATEU F. Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. *J Public Health* 2013; 4: 1-9.
19. PERLIS ML, CHAUDHARY NS, GRANDNER MA, BASNER M, CHAKRAVORTY S, BROWN GK et al. When accounting for wakefulness, completed suicides exhibit an increased likelihood during circadian night (Oral presentation). *SLEEP* 2014: The 28th Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies, LLC (APSS); Minneapolis, MN2014.
20. AYUSO-MATEOSA JL, BACA-GARCÍA E, BOBES J, GINER J, GINER L, PÉREZ V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2012; 5: 8-23
21. RODAO JM, GARCÍA JA, DE FRANCISCO P, MENÉNDEZ JA. El suicidio en Segovia (1992-1994). *Arch Neurobiol (Madr)* 1997; 13: 251-269.
22. LÓPEZ BERNAL JA, GASPARRINI A, ARTUNDO CM, MCKEE M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European J Public Health* 2013; 5: 732-736.
23. Protocolo de colaboración interinstitucional. Protocolo de prevención y actuación ante conductas suicidas. Gobierno de Navarra, 2014.
24. KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
25. NOCK MK, BORGES G, BROMET EJ, CHA CB, KESSLER RC, S. L. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-154.
26. GUTIÉRREZ-GRACIA JM. Predominio del suicidio urbano sobre el rural en España. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1998; 26: 111-115.
27. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad PSELAdAdTSDGa-t, editor. Madrid 2010.
28. LÓPEZ P, GONZÁLEZ-PINTO A, MOSQUERA F, ALDAMA A, GONZÁLEZ C, FERNÁNDEZ DE CORRES B et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria. Vitoria-Gasteiz: 2007 Contract No.: Informe nº: Osteba D-07-02.

29. BOBES-GARCÍA J, GINER-ÚBAGO J, SÁIZ-RUIZ J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
30. VEGA-PIÑERO M, BLASO-FONTECILLA H, BACA-GARCÍA E, DÍAZ-SASTRE C. El suicidio. *Salud Global* 2002; 4: 1-15.
31. CHRISTODOULOU C, EFSTATHIOU V, BOURAS G, KORKOLIAKOU P, LYKOURAS L. Seasonal variation of suicide. A brief review. *Encephalos* 2012; 49: 73-79.
32. MIRÓ-GARCÍA F, BARBERÍA-MARCALAIN E, CORREAS-SOTO CJ, FERNÁNDEZ-ARRIBAS E. Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica. *Psiquiatría.com* [Internet] 2006; 10(4). Available from: [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/urgencias\\_psiq/30350/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/30350/).
33. ROMERO-PALANCO JL, GAMERO-LUCAS JJ. El suicidio consumado en el Partido Judicial de Huelva. *Cuaderno Médico Forense* 2005; 11(39): 5-9.
34. ROMERO-PALANCO JL, GAMERO-LUCAS JJ, MARTÍNEZ-GARCÍA P. Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003). *Cuaderno Médico Forense* 2007; 13(47): 33-44.
35. BELZUNEGUI-OTANO E, TEJEIRA-ÁLVAREZ R, REYERO-DÍEZ D, OTEIZA-OLASO J. Politraumatizados con intencionalidad suicida. Estudio epidemiológico de base poblacional en Navarra durante los años 2004-2005. *Emergencias* 2012; 24: 208-210.
36. VARNIK A, KOLVES K, VAN DER FELTZ-CORNELIS CM, MARUSIC A, OSKARSSON H, PALMER A et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 545.
37. JIMÉNEZ J, GARCÍA-CABALLERO A. Características forenses, psicológicas y lingüísticas de una muestra de notas suicidas en Galicia. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense* 2010; 17: 31-47.
38. CEREL J, MOORE M, BROWN MM, VAN DE BENN J, BROWN SL. Who leaves suicide notes? A six year population-based study. *Suicide Life-Threat* (En prensa). 2014 (En prensa).