

## El suicidio adolescente y juvenil en España

### Introducción

Desde que, hace un año, el Consejo de Europa aprobara un documento<sup>(1)</sup> demandando una mayor implicación de la investigación científica, la educación en las escuelas y los centros de atención médica, para prevenir el suicidio en niños y adolescentes y convertirlo en una prioridad política, el suicidio ha retomado un espacio en la preocupación de las autoridades sanitarias y educativas en la conciencia de la sociedad. Aunque la permanencia y la extensión del suicidio se encuentran generalizadas en todas las sociedades, la importancia que éstas le conceden está muy sometida a sucesos sociales de diferente naturaleza, a menudo más vinculados a las formas o manifestaciones de este fenómeno que al verdadero impacto de las conductas suicidas sobre la salud y el bienestar de las sociedades.

Pese a que permanece viva la controversia acerca de si la información en torno al suicidio es, o puede ser, un factor de estímulo para nuevas iniciativas autodestructivas, lo que conocemos como el efecto Werther, este debate parece circunscrito a los medios de comunicación de mayor difusión. Como se ha puesto de relieve con la aprobación del aludido informe, es más importante la función preventiva que puede ejercer la información en torno al suicidio que el efecto imitativo de algunas trágicas noticias de sucesos que a veces asaltan los medios de comunicación. Aunque, por supuesto, ambas informaciones llevan diferentes mensajes y están dirigidos a públicos bien distintos. La sociedad debe estar prevenida frente a cualquier problema que afecta a su salud y su bienestar y, en tal sentido, la ignorancia de la realidad no va a ayudar a desarrollar actitudes o conductas preventivas en los individuos y la sociedad, ni en las instituciones y estamentos responsables de su vigilancia y protección.

El suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional que encuentra sus raíces en factores familiares, educativos, sociales, clínicos y psicológicos. Aunque las tasas de suicidio en España no son muy elevadas si las comparamos con las de otros países, el daño personal y social que provocan en términos de dolor a sus familiares y allegados y en años de vida perdidos justifican la mayor atención a este problema y la no aceptación de ninguna tasa de suicidio superior a cero en adolescentes y jóvenes. Si no aceptamos la violencia juvenil, que origina en España seis víctimas mortales a la semana, no debemos aceptar tasas de suicidio adolescente y juvenil que arrojan más de siete muertes por semana en España. El suicidio de un solo año (2006) ha producido el triple de muertes entre jóvenes y adolescentes de los que generó la violencia doméstica y de género en los últimos seis años<sup>(2)</sup>.

La finalidad de este artículo es poner de relieve la importancia y gravedad de las cifras del suicidio juvenil en la medida en que representan un problema

(1) Resolution 1608 (2008), "Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue"

(2) La violencia doméstica produjo entre 2003 y 2008, 121 víctimas mortales de 30 o menos años de edad. Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género.

de necesaria resolución por todas las vías posibles de prevención. La estadística permite analizar los comportamientos sociales para hallar pautas de regularidad que permitan su descripción y también su predicción. Asimismo, podemos focalizar algunas poblaciones de riesgo que requieren de atención especial. Desde esta perspectiva, el suicidio previsible de un sólo adolescente nos hace a toda la sociedad algo cómplices de su consumación y cualquier esfuerzo que pueda hacerse para reducir estas cifras es una responsabilidad social irrenunciable.

### **La estadística del suicidio: la desaparición de la estadística judicial de suicidios**

La estadística del suicidio en España se ha venido realizando desde 1906 como una operación estadística especial apoyada en los boletines de suicidio cumplimentados por los juzgados de instrucción. En dichos boletines se recogía tanto la información de las tentativas como la de los suicidios consumados, con todas las características y circunstancias personales del sujeto: la edad, el sexo, el nivel de estudios, la situación profesional, etc. Sin embargo, la investigación del fenómeno suicidógeno por esta vía ha tropezado con problemas derivados de la dificultad de establecer con certidumbre la voluntad efectiva de acabar con la propia vida y de determinar las causas que habían determinado esa conducta.

Asimismo, en estas estadísticas se perdía también la información derivada de tentativas de suicidio en las que, al no haber requerido internamiento hospitalario, no habían dado lugar a la apertura de procedimiento judicial alguno. Por ello, no es de extrañar que la estadística judicial de suicidios arrastrara desde hace décadas una discordancia permanente con la estadística de defunción por causa de muerte que cumplimentan los médicos, cuyo epígrafe de suicidio y muerte derivada de lesiones autoinfligidas arrojaba cifras muy superiores a las reflejadas por los juzgados.

Por otra parte, diversas inercias y carencias de información habían producido un deterioro progresivo de la riqueza informativa de estas estadísticas judiciales. Así, en un 64,5% de los boletines no se cumplimentaba su posible causa; en un 61,5% no se recogía la profesión; en un 21,4% tampoco se cumplimentaba el estado civil y en un 79% no aprecia reflejado el nivel de instrucción, circunstancia ésta última bien explicable si se tiene en cuenta que el boletín solo recogía hasta su desaparición en 2006 dos valores posibles para esta variable: alfabetos y analfabetos<sup>(3)</sup>.

Los datos que proporcionan la estadística judicial de suicidios, ya sustituida plenamente por la de defunciones por causa de muerte, arrojaban para España, en el último año de esta estadística, 2006, un total de 2017 suicidas, de los que el 89,5% son suicidios consumados. De ellos, un 13,44% del total y un 11,8% de los consumados corresponden a adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años. La población de 13 a 29 años era en España para 2006 de 9.986.915 de individuos, lo que supone un 22,34% de la población total.

<sup>(3)</sup> José Aranda, "Evitar muertes como reto estadístico" Diario Cinco Días; 19/04/2006

Tabla 1: **Suicidios en menores de 30 años según grado de ejecución, sexo y edad; número de suicidios. 2006**

Total año 2006	Todas las edades	Adolescentes de 13 a 19 años		Jóvenes de 20 a 29 años		Adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años	
			%		%		%
Ambos sexos	2.017	41	2,03	230	11,40	271	13,44
Varón	1.480	24	1,62	170	11,49	194	13,11
Mujer	537	17	3,17	60	11,17	77	14,34
Consumado							
Ambos sexos	1.806	33	1,83	180	9,97	213	11,79
Varón	1.388	22	1,59	147	10,59	169	12,18
Mujer	418	11	2,63	33	7,89	44	10,53
Tentativa							
Ambos sexos	211	8	3,79	50	2,77	58	3,21
Varón	92	2	2,17	23	1,66	25	1,80
Mujer	119	6	5,04	27	6,46	33	7,89

Fuente; Estadística del Suicidio en España 2006, INE

Las tasas de suicidio resultantes en la población joven son de 1,02 por 100.000 entre los menores de 19 años y de 2,66 por 100.000 entre los jóvenes de 20 a 29 años, en ambos casos con una marcada diferencia según el sexo; entre los adolescentes la tasa masculina (**1,32**) es doble de la femenina (**0,70**), mientras entre los jóvenes la tasa de suicidio de los varones (**4,23**) cuadruplica a la de las mujeres (**1,01**). Muy diferente es la perspectiva que ofrecen los datos de tentativa de suicidio en las que las mujeres presentan valores absolutos y tasas más elevadas que los varones. Con todo, las tasas de suicidio que revela la estadística judicial son relativamente benévolas y muy inferiores, como veremos a continuación, a las que muestran las estadísticas de defunciones por causa de muerte, que reflejan con mayor fidelidad la dura realidad del suicidio.

Tabla 2: **Tasas de suicidios consumados en menores de 30 años por sexo y grupos de edad. 2006**

Suicidios consumados en menores de 30			
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Población Adolescentes, de 13 a 19	3.232.606	1.661.182	1.571.424
Valores absolutos	33	22	11
Tasas por 100.000	1,02	1,32	0,70
Población Jóvenes, de 20 a 29	6.754.309	3.478.524	3.275.785
Valores absolutos	180	147	33
Tasas por 100.000	2,66	4,23	1,01

Fuente; Estadística del Suicidio en España 2006, INE

## El suicidio juvenil en la estadística de defunciones por causa de muerte

Los datos del último año de estadísticas judiciales disponibles relativas al suicidio nos permiten su comparación con las producidas por la estadística hospitalaria que, como advertíamos anteriormente, reflejan datos más severos sobre el suicidio en jóvenes y adolescentes. La enfermedad de origen biológico es, en las edades más jóvenes, una fuente inusual y extraordinaria de morbilidad y más aún de mortalidad. No son, por el contrario, infrecuentes en estas tempranas edades los daños y lesiones derivados de otros accidentes, especialmente de tráfico, y otras causas externas. Como es bien sabido, la causa fundamental de muerte entre los más jóvenes son los accidentes de tráfico, que supone el 31,13% de las muertes entre los 10 y 30 años. Le siguen en importancia el conjunto de los tumores que son responsables de un 13,43% de la mortalidad joven y adolescente.

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes, mayores de 10 años y menores de 30 años. El 9,34% de las muertes en este grupo de edad se deben al suicidio y a las lesiones autoinfligidas y no puede descartarse que algunas otras muertes supuestamente accidentales, incluidas en los epígrafes "0.97, Otros accidentes", en el "0.93, Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales" y, por supuesto, en el "0.90 Accidentes de tráfico de vehículos de motor", puedan encubrir algunos otros casos de suicidio. Diversos estudios estiman que un 5% de los accidentes de tráfico pueden deberse a conductas suicidas. Algunos autores sostienen que el automóvil constituye un método de elección de autodestrucción idóneo en aquellas personas que intentan ocultar su motivación suicida<sup>(4)</sup>.

(4)  
Selzer, M. L., & Payne, C. E.  
Automobile accidents, suicide,  
and unconscious motivation.  
American Journal of Psychiatry.  
1992

Tabla 3: Defunciones por causas, sexo y grupo de edad. (Epígrafes del CIE con mayor mortalidad en menores de 30 años). 2006

Defunciones por causas, sexo y grupo de edad. (lista reducida de epígrafes del CIE con mayor mortalidad en menores de 30 años),						
Grupos de edad	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	% Tot. Defunc.	10 a 29
001-102 I-XX. Todas las causas					100,00	
Ambos sexos	262	786	1270	1739		4.057
Varones	153	582	973	1305	74,27	3.013
Mujeres	109	204	297	434	25,73	1.044
009-041 II. Tumores					<b>13,43</b>	0
Ambos sexos	76	101	146	222		545
Varones	45	67	89	133	8,23	334
Mujeres	31	34	57	89	5,20	211
037 Leucemia					2,64	0
Ambos sexos	29	25	25	28		107
Varones	18	19	17	18	1,77	72
Mujeres	11	6	8	10	0,86	35
090-102 XX. Causas externas de mortalidad					59,23	0
Ambos sexos	70	486	844	1003		2.403
Varones	50	385	700	835	48,56	1.970
Mujeres	20	101	144	168	10,67	433
090 Accidentes de tráfico de vehículos de motor					<b>31,13</b>	0
Ambos sexos	37	306	459	461		1.263
Varones	26	242	370	392	25,39	1.030
Mujeres	11	64	89	69	5,74	233
093 Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales					2,46	0
Ambos sexos	8	26	31	35		100
Varones	6	22	29	32	2,19	89
Mujeres	2	4	2	3	0,27	11
097 Otros accidentes					6,53	0
Ambos sexos	9	55	78	123		265
Varones	7	48	72	107	5,77	234
Mujeres	2	7	6	16	0,76	31
098 Suicidio y lesiones autoinfligidas					<b>9,34</b>	0
Ambos sexos	5	50	141	183		379
Varones	2	37	116	150	7,52	305
Mujeres	3	13	25	33	1,82	74

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

Como ya comentábamos antes, las tasas de suicidio que revelan las estadísticas sanitarias son notablemente más elevadas que las que veíamos en la estadística judicial (ver tabla 2). En este punto deberemos recordar que en esta estadística se recogen - como no podría ser de otra forma al tratarse de defunciones - solamente los suicidios consumados, sin olvidar que muchas de las tentativas aquí no recogidas son realmente suicidios frustrados y no meros ensayos o llamadas de atención.

Las tasas de suicidio en adolescentes (13 a 19 años) que refleja la estadística de defunciones por causa de muerte incrementan en un 60%, tanto en varones como en mujeres, las que mostraban las estadísticas del suicidio. En los jóvenes (20 a 29 años) las tasas se sitúan en torno a un 80% por encima de las vistas anteriormente. Los jóvenes varones de 20 a 29 años puede

considerarse el grupo de mayor riesgo ya que registra una mayor incidencia de suicidios con una tasa de 7,65 por 100.000, tres veces superior a la del grupo de adolescentes varones y cuatro veces más elevada que la de las mujeres jóvenes de la misma edad.

Tabla 4: **Tasas de suicidios (en menores de 30 años por sexo y grupos de edad. 2006**

	<b>Ambos sexos</b>	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
Poblacion 13-19	3.232.606	1.661.182	1.571.424
Nº de casos	53	38	15
Tasa por 100000	<b>1,64</b>	<b>2,29</b>	<b>0,95</b>
Poblacion 20-29	6.754.309	3.478.524	3.275.785
Nº de casos	324	266	58
Tasa por 100000	4,80	7,65	1,77
	<b>Ambos sexos</b>	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
Poblacion 10-14	2.140.398	1.100.398	1.040.000
Nº de casos	5	2	3
Tasa por 100000	<b>0,23</b>	<b>0,18</b>	<b>0,29</b>
Poblacion 15-19	2.345.244	1.205.080	1.140.164
Nº de casos	50	37	13
Tasa por 100000	<b>2,13</b>	<b>3,07</b>	<b>1,14</b>
Poblacion 20-24	2.936.593	1.504.389	1.432.204
Nº de casos	141	116	25
Tasa por 100000	<b>4,80</b>	<b>7,71</b>	<b>1,75</b>
Poblacion 25-29	3.817.716	1.974.135	1.843.581
Nº de casos	183	150	33
Tasa por 100000	<b>4,79</b>	<b>7,60</b>	<b>1,79</b>

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

En general, las tasas de suicidio son crecientes con la edad en casi todos los tramos de la vida. Dentro del grupo de los jóvenes, con edades ente 20 y 29 años, también se registra esta tendencia, si bien en los datos de 2006 las tasas de suicidio de los grupos de 20-24 y de 25-29 son muy similares (7,71 y 7,6 por 100.000, respectivamente) debido a un simultáneo descenso en la tasa de los jóvenes de 25 a 29 años y un ligero repunte de la correspondiente a los de menor edad (20 a 24 años).

## 1. Evolución del suicidio juvenil en España

A lo largo del último medio siglo, las tasas de suicidio en España han mantenido cierta estabilidad, moviéndose con cierta regularidad entre un 5 y un 6 por 100.000, tasas que pueden considerarse bajas si las comparamos con otros países de Europa y más aún si lo hacemos con otros más lejanos del continente asiático. Mas allá de los procesos psicológicos individuales que rodean las fatales decisiones que conducen al suicidio, podemos considerar, siguiendo a Durkheim, que la constitución moral de nuestra población refleja afortunadamente una disposición colectiva poco proclive a las tendencias suicidas.

Durante el último medio siglo se registran algunas variaciones cuya causalidad es bastante difícil de achacar con certeza a factores sociales o económicos específicos. Así, entre 1960 y 1970 se aprecia una disminución de la tasa de

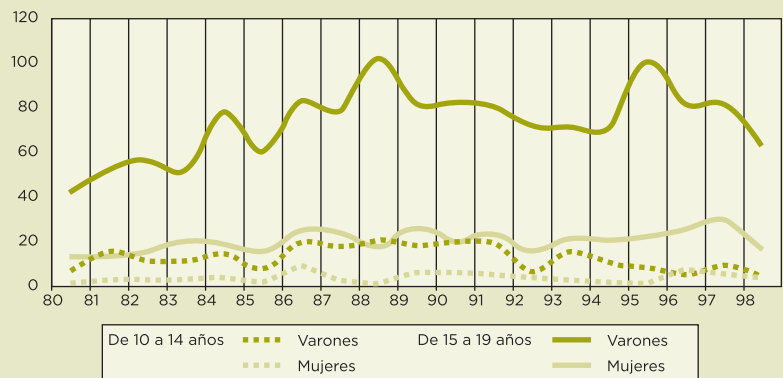
suicidios, que baja de un 6 a un 4,8 (y que, acaso como conjetura, podría asociarse con una época de prosperidad económica); una cierta estabilidad en torno a tasas de 5 - 5,5(5) que se mantiene durante tres lustros y que vuelve a ascender a finales de los 80, situándose de nuevo por encima del 6 en el inicio de la década de los 90 (también coincidente con la fase recesiva del ciclo); le sigue un ascenso paulatino de las tasas de suicidio que se mantendrá hasta el bienio 1996-1997 en el que se registran las tasas más elevadas del último medio siglo XX (7,6), en un contexto europeo que se movía por encima del 11.

A lo largo de la última década las tasas crudas de suicidio han experimentado un ligero descenso situándose en 2006 en un 6,2 prácticamente la misma tasa de suicidio que tenía España hace cincuenta años. Sirva como referencia externa que en este último decenio tan solo Italia, Reino Unido y Portugal mantienen tasas similares, además de Chipre, Grecia y Malta que muestran índices bastante más bajos. Nuestras moderadas tasas comparativas de suicidio respecto a Europa no deben ensombrecer la gravedad de las mismas, máxime si tenemos en cuenta que en nuestro caso se tratan de estadísticas específicas de suicidio, mientras que la mayoría de las cifras de otros países están extraídas de estadísticas de defunción por causa de muerte.

A pesar de los escalofriantes números a nivel mundial donde el suicidio acarrea más de un millón de muertos al año y de la grave importancia del hecho de que en España casi cuatrocientos jóvenes y adolescentes menores de 30 años perdieran la vida en 2006 por esta causa, se observa un cierto descenso en las cifras absolutas y también de las tasas de suicidio entre los jóvenes. A lo largo de los últimos treinta años se registran una contención del número absoluto de suicidios entre los adolescentes, que no crecieron pese al incremento de la población, y también de los suicidios de los jóvenes que mantuvieron unas tasas estables.

Durante los últimos años, la tasa de suicidio de los adolescentes (15 a 19 años) se ha mantenido estable por debajo del 3,5 por 100.000 y la de los jóvenes ha descendido algo situándose en 2006 en un 5 por 100.000 para el los dos grupos de edad (20-24 y 25-29).

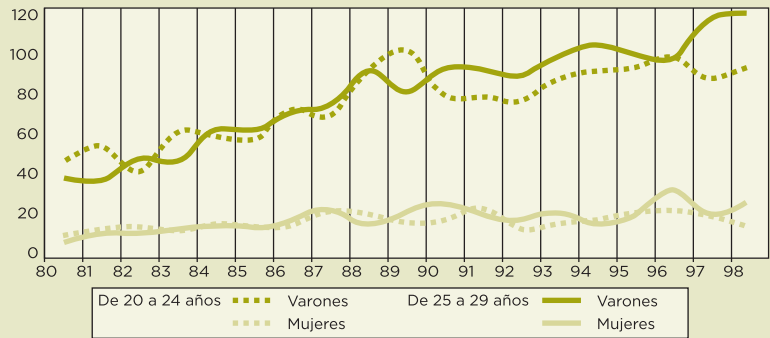
**Gráfico 1: Evolución del número de suicidios en la población adolescente (10-19 años) por grupos de edad. Mujeres y varones, 1980 -1998. Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE**



Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE

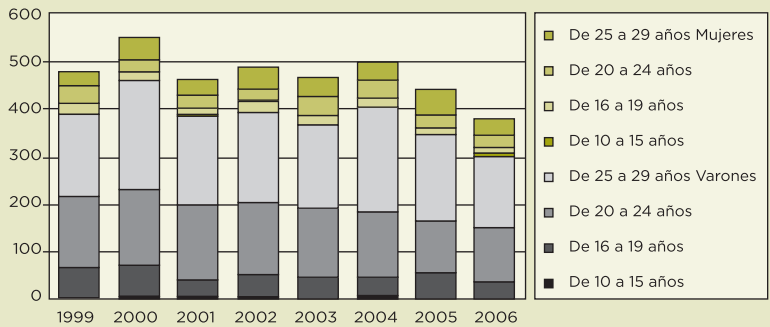
(5)  
Todas las tasas utilizadas son, salvo otra indicación, por 100.000 habitantes

**Gráfico 2 : Evolución del número de suicidios en la población joven (20 a 29 años) por grupos de edad. Mujeres y varones, 1999 -2006.**



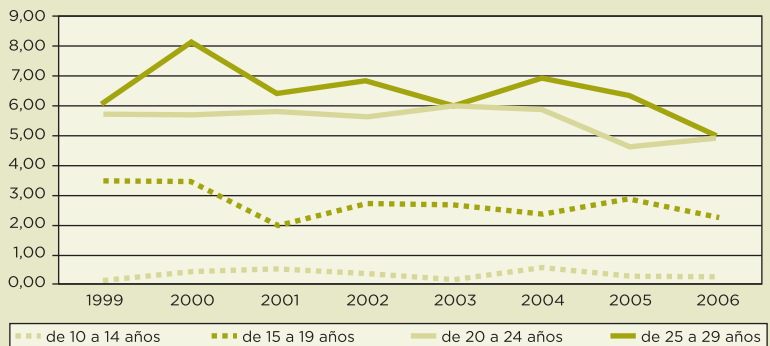
Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE

**Gráfico 3: Evolución del número de suicidios en la población joven menor de 30 años por grupos de edad. Mujeres y varones, 1999-2006.**



Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE

**Gráfico 4: Evolución de las tasas de suicidios en menores de 30 años por grupos de edad. Ambos sexos, 1999-2006.**



Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE



Tabla 5: Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en la población joven menor de 30 años por grupos de edad. Mujeres y Varones, 1980-1998.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
<b>De 10 a 14 años</b>																				
Total	7	18	13	14	18	8	28	19	21	24	25	24	9	17	12	9	12	14	8	
Varones	6	15	11	11	14	7	19	17	20	18	19	19	6	15	10	8	5	9	4	
Mujeres	1	3	2	3	4	1	9	2	1	6	6	5	3	2	2	1	7	5	4	
<b>De 15 a 19 años</b>																				
Total	54	64	72	71	95	75	106	102	118	107	102	103	86	92	90	121	106	110	78	
Varones	41	51	56	51	77	60	82	78	101	81	82	80	71	71	70	100	81	81	62	
Mujeres	13	13	16	20	18	15	24	24	17	26	20	23	15	21	20	21	25	29	16	
<b>De 20 a 24 años</b>																				
Total	113	133	112	148	151	144	175	182	225	237	192	206	181	207	219	231	242	217	215	
Varones	93	108	84	123	119	116	145	138	183	203	158	158	154	175	183	187	197	176	187	
Mujeres	20	25	28	25	32	28	30	44	42	34	34	48	27	32	36	44	45	41	28	
<b>De 25 a 29 años</b>																				
Total	93	98	120	120	156	153	179	196	214	204	240	225	217	242	241	240	262	274	295	
Varones	78	74	96	93	125	125	142	149	183	161	185	183	179	198	209	200	196	234	241	
Mujeres	15	24	24	27	31	28	37	47	31	43	55	42	38	44	32	40	66	40	54	
Total menores 30 años	267	313	317	353	420	380	488	499	578	572	559	558	493	558	562	601	622	615	596	

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

## Aspectos sociodemográficos del suicidio juvenil

### Los métodos empleados

En relación a la cantidad de suicidios registrados, ya Durkheim puso de manifiesto que “no solamente esta cifra es constante durante largos periodos de tiempo, sino que su invariabilidad es mayor que la de los principales fenómenos demográficos”(6). Ello implica que su vinculación a muchas variables sociodemográficas es relativamente débil. Por otra parte, las bajas tasas de suicidio existentes en España ofrecen ciertas dificultades a la hora de asociar el acto suicida con los diferentes fenómenos y cambios económicos o sociales, ya que en muchos casos los valores absolutos son tan reducidos que no permiten establecer correlaciones con una aceptable confianza estadística.

En consecuencia, no podremos ir mucho más allá de lo que ya lo hiciera el propio Durkheim, al señalar que los hombres se suicidan más que las mujeres, que los viejos lo hacen más que los jóvenes o que el suicidio crece de enero a junio para disminuir después(7). Otras constataciones sociológicas ya centenarias, como la mayor incidencia del suicidio en las latitudes más septentrionales, (Gerry,1883), parecen resistir el paso del tiempo, si bien reiteradamente ponderadas en múltiples estudios por otras variables de diferente índole. No obstante, se pueden describir algunas evidencias estadísticas de cierto interés en relación al suicidio en España, con particular atención en cuanto afecta a los grupos de menor edad. Repasamos en las siguientes líneas algunos de los aspectos más relevantes.

Uno de los temas más comunes en el análisis del proceso suicidógeno es el medio utilizado para acabar con la propia vida. La distribución porcentual de los métodos empleados por la población joven no difiere sensiblemente de la del conjunto de la población, con una dominancia importante del “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” (47,76%), seguido del “salto desde un lugar elevado” (27,70%), siendo éste último bastante más utilizado que en la población de mayor edad, probablemente por la menor sensibilidad al vértigo de los jóvenes y una mayor frecuentación de actividades en espacios abiertos o al aire libre. También es más frecuente en los jóvenes (5% de los casos) que en los mayores (3,2% de las causas) el suicidio por lesión autoinfligida al arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento, vehículo, tren.

La mayor incidencia del suicidio en los varones deja su marca en la estadística de los métodos utilizados en la medida en que aquellos suelen utilizar métodos más violentos que las mujeres, entre las que predominan procedimientos más silenciosos y pasivos como la ingestión de fármacos o tóxicos. Algunos estudios anteriores (Velilla y Serrat, 1990; Cobo, 1992) sitúan igualmente el ahorcamiento y la precipitación como los medios más frecuentes en los suicidios adolescentes. Por el contrario, en las tentativas de suicidio, mayoritarias entre las chicas como ya se ha comentado, el método más utilizado es la sobredosificación farmacológica, seguida por las autolesiones con objetos cortantes, generalmente en los antebrazos.

Al margen del hecho de que las chicas recurren con más frecuencia a la llamada tentativa simulada de suicidio, en la que no hay una intención decidida y definitiva de acabar con la propia vida, el hecho de que los varones recurran a medios con efecto mortal casi inmediato contribuye

(6) Durkheim, Emile; el suicidio, Akal ed. 1982, pag 10.

(7) Durkheim, op cit, pag. 325

también a que su tasa de tentativas de suicidio sea mucho más baja que las de las chicas que, como hemos dicho, recurren a medios que permiten con más frecuencia una intervención terapéutica urgente que evite el fatal desenlace. Así, podemos estimar que el hecho de que las tasas de tentativa de suicidios sean superiores en las chicas se debe a la concurrencia de dos circunstancias, la elección por éstas de medios de suicidio menos expeditivos que los de los varones y el hecho de que muchos de ellos son realmente suicidios simulados sin firme intención de muerte.

Tabla 6: Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en adolescentes y jóvenes, según medio empleado, 2006.

Lesión o envenenamiento autoinfligidas intencionalmente por:	Todas las edades	% Todas las edades	Menores de 15 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	Menores de 30 años	% Total menores de 30 años
X70. ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	1585	48,83	5	15	72	89	181	47,76
X80. saltar desde un lugar elevado	698	21,50	0	14	36	55	105	27,70
X81. arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento	104	3,20	0	2	9	8	19	5,01
X74. disparo de otras armas de fuego	102	3,14	0	3	2	9	14	3,69
X64. drogas, medicamentos y sustancias biológicas	118	3,64	0	1	6	6	13	3,43
X84. medios no especificados	128	3,94	0	5	1	5	11	2,90
X73. disparo de rifle, escopeta y arma larga	61	1,88	0	2	7	1	10	2,64
X71. por ahogamiento y sumersión	137	4,22	0	2	3	2	7	1,85
X69. productos químicos y sustancias nocivas	80	2,46	0	1	2	2	5	1,32
X78. objeto cortante	61	1,88	0	1	1	3	5	1,32
X67. gases y vapores	53	1,63	0	2	0	2	4	1,06
X68. plaguicidas	41	1,26	0	1	1	0	2	0,53
X72. disparo de arma corta	18	0,55	0	0	1	0	1	0,26
X76. humo, fuego y llamas	11	0,34	0	0	0	1	1	0,26
X82. colisión de vehículo de motor	10	0,31	0	1	0	0	1	0,26
X83. otros medios	39	1,20	0	0	0	0	0	0
Todos los medios	3246	100,00	5	50	141	183	379	100

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

## La geografía humana del suicidio en España.

Durante los últimos años la inmigración recibida en España de otros países de Europa, América y África ha producido un cambio notable en la composición de la población española. El incremento progresivo de jóvenes inmigrantes, entre 15 y 29 años, ha sido muy importante, situándose en 2008 en torno al 15% del conjunto de la población. No puede obviarse el hecho de que si bien muchos de estos jóvenes han crecido y se han educado durante algunos años en el mismo entorno que el resto de los españoles, otros por el contrario han venido ya con algunos años, mostrando características culturales bien arraigadas y propias de sus países de origen.

Tabla 7: **Tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes, según nacionalidad 2006 y relación entre tasas de suicidio de nacionales y extranjeros.**

Sexo y grupo de edad	ESPAÑOLES Y EXTRANJEROS	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS	TSExtr./TSNac.
Ambos sexos				
10-14	0,23	0,21	0,51	2,5
15-19	2,13	1,88	4,70	2,5
20-24	4,80	4,45	7,01	1,6
25-29	4,79	4,94	4,06	0,8
Varones				
10-14	0,18	0,10	0,98	9,8
15-19	3,07	2,83	5,43	1,9
20-24	7,71	7,15	11,28	1,6
25-29	7,60	7,87	6,31	0,8
Mujeres				
10-14	0,29	0,32	0,00	0,0
15-19	1,14	0,87	3,91	4,5
20-24	1,75	1,62	2,55	1,6
25-29	1,79	1,87	1,37	0,7

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

En uno y otro caso la situación socioeconómica de la juventud inmigrante es, en la mayoría de los casos, notablemente menos favorecida que la de los adolescentes y jóvenes españoles de nacimiento. Además de soportar el diferencial salarial y económico negativo, propio o de sus padres, el proceso de integración de la población inmigrante no está exento de dificultades en otros aspectos de orden comunitario, relacional y cultural. La población adolescente y juvenil inmigrante (entre 10 y 29 años) era en 2006 (año de las últimas estadísticas de suicidio disponibles) de 1.449.613 personas (12,9% del total de población de esa edad), cantidad humana que permite ya tomar en consideración sus propias tasas de suicidio.

El análisis diferenciado de las tasas de suicidio adolescente y juvenil en España pone de relieve un notable diferencial entre extranjeros y nativos. Un estudio de la Fundación Jiménez Díaz y la Fundación La Caixa realizado en una zona de Madrid (Arganzuela y Centro, 300.000 habitantes; con una tasa de inmigrantes del 20%), entre 2002 y 2004(8), ya revelaba que los inmigrantes latinoamericanos sufren casi el doble de tentativas de suicidio que la población española. Algunos estudios sugieren que las tentativas de

(8) Problemas de salud mental en los inmigrantes, Fundación Jiménez Díaz y la Fundación La Caixa, 2004; cit. por Elena Pinto Rodríguez en Suicidio juvenil: sociología de una realidad social, Tesis doctoral, 2006.

suicidio conocidas son la punta del iceberg del conjunto de las existentes que puede llegar a ser veinte veces superior<sup>(9)</sup>. Por ello, la tentativa de suicidio es en sí misma un indicador y un factor de riesgo para la salud mental.

Los datos más actuales de que disponemos, de 2006, muestran que las tasas de suicidio adolescente y juvenil de los inmigrantes, de uno y otro sexo, son muy superiores a las de los españoles en todos los grupos de edad entre los 10 y 25 años. El hecho de que el diferencial de las tasas sea aún mayor en los grupos de adolescentes, parece constituir un indicador de la existencia de serios problemas en la integración y adaptación de los más pequeños a su entorno social. Es digna de especial atención la elevada tasa de suicidio (3,9) entre las chicas adolescentes (15-19) inmigrantes, que duplica a la de los varones españoles de su misma edad (1,88). En tal sentido, no debe olvidarse que si el suicidio adolescente masculino es más frecuente que el femenino en los países industrializados, no ocurre lo mismo en otros países de Asia o Sudamérica (Lester, 1990).

La comparación de las tasas crudas de suicidio por comunidad autónoma dejan ver dos características ya clásicas en el estudio sociológico del suicidio: la mayor tasa en las zonas septentrionales y el impacto negativo del envejecimiento demográfico en las tasas de suicidio en la medida en que ésta se eleva con la edad; si bien, no puede obviarse que otros factores como el mayor desarrollo socioeconómico o las tasas de inmigración tienen también su incidencia en la determinación social del suicidio. Todo ello, en el entendimiento de que estos factores de carácter sociodemográfico no agotan ni explican en su totalidad el fenómeno suicidógeno.

A pesar de las limitaciones del análisis territorial, algunas correlaciones geográficas presentan una consistencia en la dimensión temporal que parecen ir más allá de la mera coincidencia; así, por ejemplo, Asturias, Galicia, La Rioja o Andalucía no sólo tienen las tasas más elevadas en 2006, sino que mantienen también esos puestos si comparamos las medias aritméticas de las tasa de suicidio de los últimos 25 años. Lo mismo sucede, en el otro extremo de la tabla con Madrid, Cantabria y Cataluña, comunidades que han mantenido unas tasas medias de suicidio muy bajas a lo largo del último cuarto de siglo.

(9)  
Borges G. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública 1996; 38(3):197-206

Tabla 8: **Tasas crudas de suicidio por comunidad autónoma en 2006.**

Todas las edades	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Asturias (Principado de)	11,79	18,40	5,71
Galicia	10,84	16,72	5,37
La Rioja	9,14	14,88	3,29
Andalucía	9,12	13,97	4,33
Murcia (Región de)	9,05	14,20	3,71
Canarias	8,52	14,18	2,82
Castilla y León	7,69	12,99	2,51
Comunidad Valenciana	7,55	10,86	4,27
Castilla-La Mancha	7,30	12,15	2,39
ESPAÑA	7,26	11,37	3,25
País Vasco	6,94	11,02	3,03
Navarra (Comunidad Foral de)	6,81	10,63	2,99
Balears (Illes)	6,79	10,96	2,60
Aragón	6,58	10,05	3,12
Extremadura	6,44	10,73	2,20
Cataluña	5,34	8,21	2,51
Cantabria	4,40	7,92	1,03
Madrid (Comunidad de)	3,65	5,81	1,61

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

Sin embargo, algunas de las posibles deducciones antedichas, como el peso del envejecimiento en el incremento de las tasas de suicidio, deben ponderarse debidamente, ya que si observamos las tasas de suicidio en los grupos más jóvenes de edad podemos comprobar una enorme concordancia con las tasas crudas de toda la población en las diferentes comunidades. Así, si comparamos éstas últimas y las del grupo de edad juvenil (25-29 años) con mayor prevalencia de suicidios, podemos verificar que todas las comunidades con tasas superiores a la media (**Tabla 8**), con excepción de Canarias y La Rioja, se encuentran también entre las comunidades con tasas más elevadas de suicidio juvenil (25-29 años) (**Tabla 9**). Resultados similares encontramos al observar el grupo de jóvenes de 20 A 24 años, donde Asturias, Castilla y León, Galicia, Murcia y Navarra se mantienen con tasas de suicidio superiores a la media nacional.

Tabla 9: **Tasas de suicidio adolescente y juvenil por grupos de edad y comunidad autónoma. 2006.**

	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
Galicia	2,3	7,0	9,1	1,5	10,3	16,3	3,1	3,6	1,8
Navarra (C. Foral)	3,5	5,5	8,2	0,0	10,8	11,7	7,4	0,0	4,3
Murcia (Región de)	2,5	5,9	7,6	4,8	9,3	11,2	0,0	2,1	3,4
Asturias (Pdo. de)	2,2	8,0	7,3	0,0	12,6	11,9	4,5	3,2	2,5
Com. Valenciana	2,8	4,4	6,6	4,7	6,8	8,2	0,8	2,0	5,0
Castilla-La Mancha	1,8	3,8	5,2	3,4	5,9	7,4	0,0	1,6	2,7
Andalucía	2,6	5,4	5,1	3,5	8,1	7,0	1,7	2,5	3,0
Castilla y León	3,3	7,9	4,8	4,8	14,1	9,4	1,7	1,4	0,0
España	2,1	4,8	4,8	3,1	7,7	7,6	1,1	1,7	1,8
Balears (Illes)	3,8	1,5	4,4	7,5	3,0	6,4	0,0	0,0	2,2
Cantabria	3,7	0,0	4,3	7,2	0,0	8,4	0,0	0,0	0,0
País Vasco	1,1	4,1	4,2	2,1	8,0	8,1	0,0	0,0	0,0
Canarias	0,0	4,9	3,9	0,0	9,8	7,6	0,0	0,0	0,0
Cataluña	1,8	3,6	3,5	2,3	5,3	6,0	1,2	1,8	0,7
Madrid (C. de)	2,0	2,5	3,1	3,3	4,5	5,4	0,7	0,5	0,7
Aragón	0,0	2,6	2,0	0,0	2,5	3,8	0,0	2,7	0,0
Extremadura	0,0	5,4	1,3	0,0	10,5	2,5	0,0	0,0	0,0
La Rioja	6,8	5,2	0,0	13,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

## A modo de conclusión

Como se ha señalado en la introducción, el objetivo de estas líneas no ha sido otro que poner de relieve la importancia de unas cifras de suicidio adolescente y juvenil que, aún siendo menos graves que las de otros países de nuestro entorno, constituyen el reflejo de una trágica realidad que no puede olvidarse ni aparcarse bajo un fatalismo complaciente, que asocia el suicidio con una especial naturaleza de los pueblos más o menos ligada a diferentes variables económicas sociodemográficas. El suicidio es ya en muchos países del mundo la segunda causa de muerte entre los jóvenes y adolescentes; en España es aún la tercera, tras los accidentes de tráfico y el cáncer. Diariamente un joven se quita la vida en nuestro país.

El suicidio es ante todo un grave problema de salud pública que ocasiona casi cuatrocientas muertes prematuras en España con un enorme coste económico y humano en años de vida perdidos. Las razones individuales del suicidio son muy diferentes y si bien no hay una causa psicopatológica muy dominante en los antecedentes psicológicos de los adolescentes y jóvenes con tentativas de suicidas, si es posible encontrar una serie de diagnósticos más frecuentes. Entre ellos deben señalarse los episodios depresivos (18.5%), los trastornos de adaptación (18.5%) y los trastornos de personalidad (7.4%). Otros investigadores, señalan como diagnósticos más frecuentes en adolescentes con tentativa de suicidio los trastornos de ansiedad (Aguero et al, 1994), trastornos afectivos (Mardomingo et al, 1994), trastornos de conducta (Trautman et al, 1991) y los trastornos de adaptación (Mattsson et al, 1969), siendo más infrecuentes (5.6%) los antecedentes de trastorno psicótico<sup>(10)</sup>.

Frente a los accidentes y el suicidio, segunda y tercera causas de muerte juvenil, no cabe más recurso que la prevención; para ello es preciso

(10) González Seijo, Juan Carlos. Tentativas de suicidio en adolescentes, Tesis Doctoral, Madrid, 1995

considerar las tentativas de suicidio como un problema de salud pública dado su elevado riesgo de repetición; casi un 40% de los jóvenes habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno(11). Las discusiones con los padres son los factores desencadenantes más frecuentes (38.8%). Por ello, es preciso detectar y tratar los trastornos afectivos y psiquiátricos en los jóvenes, ya que les confiere un especial riesgo. Asimismo, es necesaria la máxima atención a los episodios depresivos y los trastornos de adaptación.

Algunos especialistas recomiendan también disminuir la disponibilidad de los métodos suicidas dado que el riesgo de cometer una acción suicida está relacionado con el acceso a esos métodos (Harrington y Dyer, 1993). Sin embargo, estas medidas, razonables en casos previsibles o diagnosticados, serán de poca o transitoria utilidad si no se afrontan las verdaderas raíces o causas del deseo suicida. El tratamiento psicoterapéutico, individual o familiar, es imprescindible en los casos ya manifestados o detectados; pero el problema excede el ámbito sanitario si tenemos en cuenta que una parte importante de los suicidios ocurren sin ningún aviso o señal específica previa. Por ello, junto a la prevención clínica es necesaria la prevención social orientada a la reducción de los factores de riesgo y al refuerzo de los factores de protección de adolescentes y jóvenes.

La familia, la escuela y el trabajo son los tres medios en los que se mueven los jóvenes y adolescentes; y de ellos surgen la práctica totalidad de los intentos y logros suicidas. La vigilancia y atención por parte de padres, hermanos, profesores y compañeros de escuela y trabajo, es esencial para la detección y prevención de los suicidios. La desestructuración familiar, la inadaptación escolar y la marginalidad laboral y social son fuentes privilegiadas de riesgo de suicidio. La ignorancia y la indiferencia frente al problema son también factores que incrementan dicho riesgo. Frente al silencio, acaso comprensible de familiares y medios de comunicación, las instancias sanitarias y educativas y por supuesto, el conjunto de la sociedad deben estrechar la atención y cuidado sobre un problema que nunca será pequeño mientras no desaparezca por completo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrés Ramón.** (2003). *Historia del suicidio en Occidente*. Edit. Atalaya. Barcelona.
- Aranda, J.** (2006). "Evitar muertes como reto estadístico" Diario Cinco Días. Madrid
- Avellanosa Caro, I.** (1999) "Salud mental infanto-juvenil en España" Revista de pediatría de Atención Primaria. Volumen 1, nº 3. Julio/septiembre 1999.
- Barón, B. Olga.** (2000) "Adolescencia y suicidio." Psicología desde el Caribe. Agosto- diciembre, nº 006. Universidad del norte. Barranquilla. Colombia.
- Borges G.** (1996). "Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994". Salud Pública Méx.; 38(3):197-206.
- Buendía José.** Riquelme Antonio y Ruiz José A. (2004) "El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida." Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia.
- Casullo M, Bonaldi L.** (2000) "Comportamientos suicidas en la adolescencia (morir antes de la muerte)". Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Chavez-Hernández, A., Medina Núñez, M., Macías-García, L.** (2008) "Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en Jóvenes". Vol. 31, No. 3, mayo-junio 2008. 197. Salud Mental 2008; 31:197-203.

(11) González Seijo, op cit, 1995



- Dos Santos L, Humberto J, Alonso-Fernández F, Tomasi E.** (2001). "Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva." *Atención Primaria*; 8:543-9.
- Durkheim Emile.** (1998). "El Suicidio." Editorial Akal. Madrid.
- Galarza N. (2001).** "Sobre como diferenciar entre un gesto y un intento suicida en la práctica diaria de la psiquiatría." *Latinoamericana virtual de psiquiatría*.
- Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A, Grupo Consenso.** (2006). "La mortalidad evitable revisitada: revisión del estado de situación y consenso de la lista de causas." *Gac Sanit*; 20:184-93.
- González JC, Ramos Y, González-Quirós P.** (1997). "Desarrollo de futuras estrategias de prevención." En: Bobes J, González JC, Sáez PA. *Prevención de conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson; 1997.
- González Seijo, J.C.** (1995) "Tentativas de suicidio en adolescentes" Tesis Doctoral, Madrid.
- González-Forteza C, Ramos L, Caballero MA, Wagner F.** (2003). "Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*; 15(4):524-532.
- Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mr Bernard Marquet.** (2008). "Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue" *Assemblée parlementaire*. Strassburg
- Imbert G.** (2004). "La tentación de suicidio." Edit. Tecnos. Madrid
- Kaplan H, Suárez M. 2000.** "Suicidio en adolescentes." *El divan.com*. Buenos Aires.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R.** (2002) "World report on violence and health". Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Morant C, Criado-Álvarez JJ, García-Pina R, García-Guerrero J, Romper Tornil J.** (2001). "Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998)". *Psiquiatr Biol*; 8:135-40.
- Ochoa E.** (2004). "La conducta suicida en el paciente VIH+." [Accedido 13 Jun 2005]. *Conductas Adictivas [revista electrónica]*. Disponible en: [www.conductasadictivas.org](http://www.conductasadictivas.org)
- Pérez Barrero SA** (2001). "Psicoterapia para aprender a vivir." Editorial Oriente. Santiago de Cuba. Cuba.
- Pinto Rodríguez, E.** (2006). "Suicidio juvenil: sociología de una realidad social" Tesis doctoral. Fundación Jiménez Díaz y la Fundación La Caixa. Madrid.
- Prevención del suicidio.** [Accedido 13 de Jun 2005]. Disponible en: [http://www.eho.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.eho.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
- Pritchard C, Hansen L.** (2005). "Child, adolescent and youth suicide and undetermined deaths in England and Wales compared with Australia, Canada, France, Germany, Italy and the USA for the 1974-1999 period." *Int J Adolesc Med Health*; 17:239-53.
- Ruiz Ramos M, Muñoz Bellerín J, Ramos León JM, Gil Arrones J, Ruiz Pérez I, Muriel Fernández R.** (1999). "Tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía desde 1976 a 1995." *Gac Sanit* ; 13:135-40.
- Scherff A, Eckert T, Miller D.** (2005). "Youth suicide prevention: a survey of public school superintendents' acceptability of school-based programs." *Suicide Life-threatening Behavior*; 35(2):154-169.
- Selzer, M. L., & Payne, C. E.** (1992) "Automobile accidents, suicide, and unconscious motivation". *American Journal of Psychiatry*.
- Terán, M., Vazquez, J.L., Pérez, M.** (1995) "Alteraciones psicopatológicas en la infancia: El niño en EGB". *Psicothema*, vol. 7, nº 3. pp.513-526.
- Tovilla y Pomar M (2000).** "Factores de riesgo suicida en los adolescentes." *Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol. 1 NO 1 octubre: 7-17.
- Velasco Sall, M.** (2005) "Hacia una problematización de la noción convencional del suicidio: el suicidio en el contexto de la vida". *Athenea digital*, Primavera 007. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Wasserman D.** (2001). *Suicide, an unnecessary death*. Edited by Martin Dunitz.

