

El suicidio en la España de hoy

Isabel Ruiz-Pérez / Antonio Olry de Labry-Lima
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

(Suicide in Spain today)

Resumen

España presenta una de las tasas de suicidio más bajas (8,7 por 100.000), pero ha sufrido, junto a Irlanda, uno de los incrementos en las tasas más altos de Europa y del mundo. En nuestro país se puede observar un aumento en las tasas de suicidio desde 1975 hasta 1994, produciéndose una estabilización en los años siguientes; este incremento es más pronunciado entre los varones que entre las mujeres. Los factores sociales, especialmente ligados a los papeles de sexo y los cambios en estos papeles, son las explicaciones más probables. Otra posible explicación del aumento observado de la mortalidad por suicidio entre los varones jóvenes podría ser la epidemia de sida y de adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) que se observó en España en las décadas de los años ochenta y noventa.

Por otra parte, estamos ante una verdadera epidemia de violencia contra los niños y contra las mujeres. Hay abundante literatura médica sobre la relación entre el abuso infantil (psicológico o sexual) y el riesgo de suicidio en la adolescencia o en la vida adulta. Las mujeres que sufren violencia por parte de su compañero sentimental tienen un mayor riesgo de padecer dolor crónico, diversas somatizaciones, mayor consumo de sustancias tóxicas como drogas y alcohol, depresión e intentos de suicidio.

La asociación entre la precariedad laboral y el suicidio parece deberse a causas económicas y de apoyo social y familiar, las cuales producen una mayor vulnerabilidad a enfermedades mentales. Estos factores tienen gran importancia porque España presenta las tasas de paro y contratación temporal más altas de la Unión Europea. Parece razonable pensar que dado el individualismo de la sociedad contemporánea, las exigencias de esta sociedad y el nuevo papel de la mujer frente al mercado laboral, que produce entre otras cosas una mayor dificultad en conciliar la vida laboral y familiar, son factores que pueden explicar que no se produzca una disminución en las tasas de suicidio.

Palabras clave: Suicidio. Parasuicidio. España.

Abstract

Spain presents one of the lowest suicide rates (8.7 per 100,000) but, as well as Ireland, it has also experienced one of the highest rate increases both within Europe and within the world. In our country, it can be observed an increase in the suicide rates from 1975 to 1994, being this increase greater in men than in women. It can also be noted that there was a stabilisation in the following years. Social factors, specially those which have to deal with gender roles and changes in these roles, are the most common explanations. Another possible explanation for the observed increase in mortality due to suicide among young men could be the AIDS epidemic and intravenous drug addiction, that was observed in Spain during the eighties and nineties.

Furthermore, we are witnessing an epidemic related to violence against children and women. Literature strongly suggests that child abuse (psychological and sexual) is associated with increased suicide risk in adolescent or adult life. Women experience violence from their intimate partners and have a greater risk of suffering from chronic pain, diverse somatisations, greater substance use like drugs and alcohol, depression and suicide attempt.

The association between work precariousness and suicide seems to be due to economic and social and family support factors, which can lead to greater vulnerability to mental health problems. These factors are of great relevance, since Spain presents one of the highest unemployment and temporary employment rates in the European Union. It seems reasonable that, due to the individualism that characterises the contemporary society, its demands and the new role of women in the work market that cause, among others, a greater difficulty in combining work and family life, are factors that could explain the lack of decrease in suicide rates.

Key words: Suicide. Parasuicide. Spain.

Correspondencia: Isabel Ruiz-Pérez.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. España.
Correo electrónico: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Introducción

En el año 2000, según el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre violencia en el mundo, habrían fallecido 815.000 personas por suicidio en todo el mundo (en torno al 14,5 por 100.000 habitantes y año). Es la decimotercera causa de defunción en el mundo, pero entre aquellos con eda-

des comprendidas entre los 15 y los 44 años, es la cuarta causa de fallecimiento y la sexta causa de incapacidad¹.

La conducta suicida tiene un gradiente que puede ir desde el simple pensamiento hasta el suicidio consumado. En este trabajo se utilizará el término «suicidio» para referirse al acto suicida que resulta en muerte y el término «parasuicidio» para la acción suicida que no resulta en muerte, sin entrar, dada su complejidad, en si en una hay mayor intención de morir en una que en la otra². El suicidio es un fenómeno muy complejo que se da en todas las culturas y en el que están implicados múltiples factores, desde biológicos y psicológicos hasta culturales, sociales y económicos¹.

España es un país desarrollado que ha experimentado importantes cambios socioeconómicos en los últimos 40 años y cambios sustanciales en los estilos de vida. Hay un progresivo envejecimiento de la población, la tasa de natalidad ha disminuido y la frecuencia de separaciones y divorcios se ha incrementado. Esto último conlleva una tendencia acusada a la formación de hogares unipersonales con un incremento del 90% en sólo 20 años; estos hogares están encabezados mayoritariamente por mujeres³.

También han aparecido nuevos problemas de salud, epidemias como el sida, el cambio en el patrón de consumo de sustancias tóxicas con un incremento en el consumo de nuevas sustancias, y actualmente acciones violentas como acoso en las escuelas y en el lugar de trabajo y la epidemia de la violencia de sexo. Las desigualdades de sexo están en la base de un gran número de problemas de salud⁴.

La depresión es cada vez más frecuente y hay una clara asociación entre sufrir una depresión y presentar una conducta suicida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga la depresión como la enfermedad incapacitante número uno en las mujeres en el mundo, y será la segunda causa de incapacidad en varones y mujeres para el año 2020. Según la OMS, en Europa cada año mueren 58.000 ciudadanos por suicidio, 7.000 más que por accidentes de automóvil⁵.

Este artículo tiene como objetivo recopilar información actualizada sobre el fenómeno a estudiar y contextualizarlo en nuestro modelo de desarrollo y en los nuevos estilos de vida.

La evolución del suicidio en España

En la tabla 1 se muestran las tasas de suicidio ajustadas según la edad categorizadas en 4 grupos (> 25, 19-25, 12-18 y < 11 años), en diferentes países y el año más reciente disponible. Se observa que los países de la antigua Unión Soviética y Finlandia presentan las tasas de suicidio más elevadas del mundo (entre 51,6

y 28,4), y para Grecia se obtienen las tasas de suicidio más bajas (4,2). Aunque España presenta una de las tasas de suicidio más bajas (8,7/100.000), ha sufrido junto a Irlanda uno de los incrementos más altos en las tasas de Europa y del mundo. Así, pasó de tener una tasa del 5,3 en el año 1984 a 6,2 en el año 1998 (incremento del 17,2%)^{1,6}.

En la tabla 2 se muestran los resultados de diversos estudios realizados en nuestro país en los últimos treinta años^{2,7-15}. En todos ellos se observa un incremento en las tasas de suicidio, tasas que son siempre superiores en varones respecto de las mujeres. En el estudio realizado por Granizo et al¹² se recoge la evolución de las tasas de suicidio desde 1959 hasta 1991, y se observa que las tasas disminuyen desde los finales de los años cincuenta hasta principios de los ochenta, produciéndose un incremento de éstas desde el año 1982 hasta 1991.

Según los últimos datos ofrecidos por el Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII, el Instituto Nacional de Estadística y la OMS, se puede observar un aumento en las tasas de suicidio desde 1975 hasta 1994, con una estabilización de las tasas en los sucesivos años; este incremento es más pronunciado entre los varones que entre las mujeres (fig. 1)^{5,16,17}.

En cuanto a los intentos de suicidio, varios trabajos describen la dificultad de estimar cifras reales debido a la complejidad en la recolección, pero se estima que entre 50 y 90 por 100.000 habitantes/año intentan suicidarse sin que el resultado sea la muerte¹.

Factores asociados a la conducta suicida

Estado civil

Un estudio realizado en Andalucía encontró que las personas con el estado civil de viudos y solteros presentaban tasas de suicidio más elevadas que las casadas¹⁰. Que el matrimonio sea un factor protector frente al suicidio podría explicarse por el apoyo social que se recibe de la pareja y por que, al parecer, incrementa los hábitos saludables. Además, hasta ahora el matrimonio era un indicador de buena situación social. Sin embargo, es un hecho socialmente determinado. Así, en Pakistán, India y Hong Kong el matrimonio es un factor de riesgo para el suicidio femenino debido a la discriminación social, legal y económica que sufre la mujer en esos países¹⁸.

Medio rural y urbano

En España, en el año 1991, las tasas de suicidio eran de 9,9 para el medio urbano y del 7,3 para el rural;

Tabla 1. Tasas de suicidio ajustadas según la edad, por país y en el año más reciente disponible*

País o área	Año	N.º de suicidios	Tasa de suicidios por 100.000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón varón/mujer
Grupo 1. Tasa de suicidio por encima de 25 años						
Lituania	1999	1.552	51,6	93,0	15,0	6,2
Federación Rusa	1998	51.770	43,1	77,8	12,6	6,2
Bielorrusia	1999	3.408	41,5	76,5	11,3	6,7
Hungría	1999	3.328	36,1	61,5	14,4	4,3
Finlandia	1998	1.228	28,4	45,8	11,7	3,9
Grupo 2. Tasa de suicidio de 19 a 25 años						
Croacia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Bélgica	1995	2.155	24,0	36,3	12,7	2,9
Cuba	1997	2.029	23,0	32,1	14,2	2,3
Suiza	1996	1.431	22,5	33,7	12,3	2,7
Francia	1998	10.534	20,0	31,3	9,9	3,2
Nueva Zelanda	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Japón	1997	23.502	19,5	28,0	11,5	2,4
Grupo 3. Tasa de suicidio de 12 a 18 años						
Dinamarca	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Australia	1998	2.633	17,9	28,9	7,0	4,1
Polonia	1995	5.499	17,9	31,0	5,6	5,5
República de Corea	1977	6.024	17,1	25,3	10,1	2,5
Irlanda	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Canadá	1997	3.681	15,0	24,1	6,1	3,9
RAE de Hong Kong	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Noruega	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7
Alemania	1999	11.160	14,3	22,5	6,9	3,3
Estados Unidos	1998	30.575	13,9	23,2	5,3	4,4
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Grupo 4. Tasa de suicidio menor de 11 años						
Países Bajos	1999	1.517	11,0	15,2	7,1	2,1
Reino Unido	1999	4.448	9,2	14,6	3,9	3,8
Argentina	1996	2.245	8,7	14,2	3,9	3,6
España	1998	3.261	8,7	14,2	3,8	3,8
Israel	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Tailandia	1994	2.333	5,6	8,0	3,3	2,4
Colombia	1995	1.172	4,5	7,4	1,8	4,1
Grecia	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7

RAE: Región Administrativa Especial.

*Año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con $\geq 1.000.000$ de habitantes.Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS¹.

estas diferencias se mantenían para varones y para mujeres¹⁵. En el informe sobre la violencia de la OMS se detalla que, a pesar de que el medio rural tiene las tasas más bajas de suicidio, se está produciendo un aumento en éstas. La razón para el incremento del suicidio rural puede deberse, en primer lugar, a que los servicios médicos especializados, tanto psicológicos como críticos, se concentran en las ciudades; esta accesibilidad puede prevenir el suicidio, así como brindar los cuidados críticos necesarios. Además, en el medio rural existe un nivel educativo inferior, un mayor aislamiento social, así como una mayor dificultad para detectar los factores asociados a la ideación suicida¹.

Por otro lado, cabe destacar que el patrón del suicidio parece ser diferente entre el medio rural y el urbano, ya que mientras en el medio rural se incrementa en la vejez, en las ciudades hay más casos de jóvenes y en los últimos años se están equiparando poco a poco las tasas entre varones y mujeres¹.

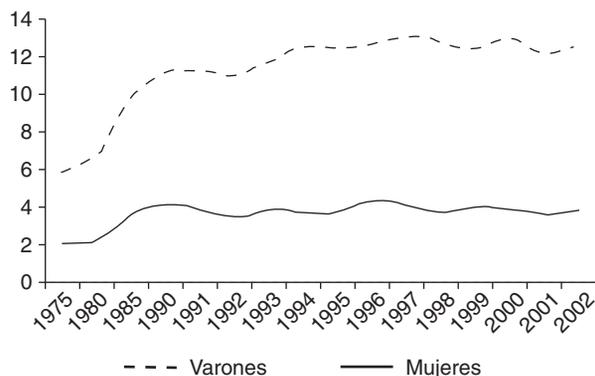
Diferencias entre varones y mujeres

Las tasas de suicidio son mayores en los varones que en las mujeres; oscilan entre 1,4:1 y 10,4:1 entre los diferentes países, y la razón media mundial es de

Tabla 2. Estudios sobre suicidios realizados en España

Estudios en población general		
Lugar	Sexo y año	Tasa de suicidio
Pamplona (2001) ⁷	Varones (1991-1995)	9,8
	Mujeres (1991-1995)	3,9
Castilla-La Mancha (2001) ⁸	Ambos sexos (1991)	9,6
	Ambos sexos (1998)	8,1
Galicia (2001) ⁹	Ambos sexos (1976)	6,0
	Ambos sexos (1998)	10,0
Andalucía (1998) ¹²	Varones (1976 y 1995)	13,7 y 8,2
	Mujeres (1976 y 1995)	3,8 y 4,4
Valencia (1996) ¹¹	Varones (1976 y 1990)	9,5 y 13,8
	Mujeres (1976 y 1990)	3,2 y 4,6
España (1996) ¹⁰	Varones (1975 y 1989)	5,8 y 11,6
	Mujeres (1975 y 1988)	2,0 y 4,1
España (1996) ¹³	Ambos sexos (1906)	4,6
	Ambos sexos (1991)	6,7
Islas Canarias (1991) ¹⁴	Ambos sexos (1977)	6,8
	Ambos sexos (1983)	10,6
Estudios en poblaciones determinadas		Tasa de suicidio
Gran Canaria (2003) ²	Ancianos residentes en una residencia	204,2
España (1998) ¹⁵	Rural (1981 y 1991)	4,8 y 7,3
	Urbano (1981 y 1991)	6,6 y 9,9

Figura 1. Evolución de las tasas globales de suicidio en varones y mujeres entre los años 1975 y 2002 (100.000 habitantes).



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Nacional de Estadística y la OMS.

2,8:1¹⁸. Las tasas de suicidio en España en el año 2002 fueron de 12,6 para los varones y 3,9 para las mujeres, obteniéndose una razón de tasas de 3,3:1¹⁷; esta proporción es ligeramente superior a la media mundial¹⁸. Esta mayor vulnerabilidad en los varones intenta explicarse por las diferencias de sexo. Los factores sociales, especialmente ligados a los papeles de sexo y

los cambios en estos papeles, son las explicaciones más probables. El papel masculino en las culturas occidentales implica no percibir o admitir la ansiedad, los problemas y las cargas. También los cambios en los papeles sociales y la realidad actual de las mujeres pueden haber llevado a una deconstrucción de la masculinidad tradicional que no se sustituyó por nuevos modelos para el varón¹⁹. Un ejemplo podemos encontrarlo en el empleo. La pérdida de empleo o el desempleo por grandes períodos son más atribuibles a fracasos individuales que a problemas sociales y resultan en problemas de identidad, pérdida de control, desamparo y depresión. El varón puede reaccionar con estrategias adaptativas poco adecuadas como inexpressividad emocional, no solicitar ayuda, agresividad, conductas de riesgo, violencia, consumo de sustancias y suicidio²⁰. Un reciente estudio en nuestro país ha puesto de manifiesto cómo el desempleo tiene un mayor impacto en la salud mental del varón que en la de la mujer²¹.

En la literatura médica se describe cómo el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad y los desórdenes en la infancia son los problemas más frecuentes asociados al suicidio en los varones; entre las mujeres los problemas depresivos y afectivos son los más habituales²². Otra diferencia descrita entre varones y mujeres es la diferente influencia de los aspectos económicos; así entre los varones es el nivel de ingresos lo que más les afecta, mientras que para las

mujeres es el cambio en el ingreso *per capita*. Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que los varones tienen en proporción más trabajo remunerado que las mujeres. Por una parte, esta posición económica y laboral les hace afrontar con mejores condiciones la complejidad de la sociedad y el desarrollo económico general y, por otro lado, las mujeres son más vulnerables a los cambios estructurales en la economía, sobre todo en aquellas de más edad²³.

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos están presentes aproximadamente entre el 65-90%²² de los suicidios y emerge lo que algunos autores denominan «el enigma»¹⁸. La depresión es el principal precursor del suicidio consumado; la depresión es más común en mujeres (3:1) pero el suicidio es más frecuente en varones. No hay una respuesta satisfactoria a esta aparente contradicción, pero se barajan los siguientes factores: la frecuencia de alcoholismo es mayor entre los varones y el alcoholismo es el segundo factor de riesgo del suicidio; los varones son más reacios a consultar por problemas de depresión; además el varón utiliza métodos más efectivos para que el acto suicida se consume y, por último, hay que tener en cuenta que existe cierta evidencia del papel protector que ejerce el embarazo, la lactancia y la compañía, y el cuidado de los hijos frente al suicidio femenino^{18,19}.

Violencia

En los últimos años, en España, ha emergido una verdadera epidemia de violencia contra los niños y contra las mujeres⁴. Hay abundante literatura médica sobre la relación entre el abuso infantil (psicológico o sexual) y el riesgo de suicidio en la adolescencia o en la vida adulta^{4,24}. La prevalencia encontrada en España en el período 1997-1998 fue de 7,2 niños maltratados por 10.000 niños menores de 18 años²⁴.

En estudios recientes se ha puesto de manifiesto que en el ámbito de la atención primaria en nuestro país, el 14,3% de las mujeres refería sufrir maltrato físico, el 8,9% abuso sexual y el 30,8% abuso psicológico en sus relaciones sentimentales²⁵. Las mujeres que sufren violencia por parte de su compañero sentimental tienen un mayor riesgo de padecer dolor crónico, diversas somatizaciones, mayor consumo de sustancias tóxicas como drogas y alcohol, depresión e intentos de suicidio^{4,26}.

Otro fenómeno de reciente aparición, de gran impacto mediático e íntimamente ligado al suicidio es el acoso psicológico en el lugar de trabajo (*mobbing*) y el acoso en el medio escolar. *Bulling* es un término an-

glosajón que define conductas de intimidación y acoso. Se usa para explicar una forma concreta de malos tratos llevados a cabo dentro del centro educativo entre el grupo de iguales. Si la defensa de adultos es compleja y difícil en los casos de la violencia doméstica o el *mobbing*, hay que suponer que para jóvenes y adolescentes una situación de acoso les puede llevar a un sentimiento de indefensión con el resultado de fatales desenlaces. Los casos recientes de suicidios de escolares que no pudieron resistir la presión y el trato vejatorio a que los sometían compañeros pone de relieve cómo el fenómeno de la violencia está más extendido de lo que pudiera suponerse^{1,26,27}.

Los medios de comunicación han sufrido una gran transformación en los últimos años. Casi un 35% de la población tiene acceso a Internet²⁸. Internet facilita la comunicación aunque puede tener el riesgo de ser la «única» forma de comunicación. Chatear en los foros puede hacer que los jóvenes se sientan menos aislados pero si se utilizan los foros para quedar para suicidarse jóvenes que no se conocían, como recientemente ha ocurrido, Internet se convierte en un medio facilitador de esta conducta²⁹.

Virus de la inmunodeficiencia humana/sida

Los estudios sobre de suicidios en relación al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden realizarse en dos ámbitos de trabajo: seropositividad en los suicidas, sobre lo que existe poca información, y suicidios e intentos de suicidio en los pacientes con VIH. Estudios realizados hace 10 años encuentran que entre el 1 y el 3,3% de los pacientes con VIH cometen suicidio³⁰, aunque estudios más recientes no encuentran una asociación tan clara entre la ideación suicida y ser seropositivo³¹. La tasa de suicidio en pacientes positivos frente al VIH antes de la introducción de los antirretrovirales era entre 20 y 36 veces superior a la de un grupo VIH. Actualmente se admite que las tasas de suicidio en los pacientes con VIH son comparables con las que presentan otros pacientes con afecciones crónicas y puede oscilar entre el 2 y el 4%, mayores que las que presenta la población general, pero más bajas que las encontradas hace una década. Los factores de riesgo de la conducta suicida en esta población son los ya conocidos: contar con antecedentes psiquiátricos e intentos de suicidio previos. Además, es diferente el riesgo de suicidio en función de las prácticas de riesgo relacionadas con la infección por el VIH. El consumo de sustancias psicoactivas, sea alcohol u otras drogas, aumenta el riesgo de suicidio respecto de los no adictos³².

Una posible explicación del aumento observado de la mortalidad por suicidio entre los varones jóvenes podría ser la epidemia de sida y la adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) que se observó en España entre

las décadas de los años ochenta y noventa. Tanto el sida como la ADVP fueron mucho más frecuentes entre los varones que entre las mujeres, y en ambas condiciones el suicidio es una de las principales causas de muerte³².

Factores socioeconómicos y laborales

En la literatura médica se describe la importancia de los factores económicos sobre las tasas de suicidio^{23,33}. España ha experimentado un notable crecimiento económico en las últimas décadas; sin embargo, este crecimiento ha venido acompañado de un aumento significativo en las tasas de suicidio³⁴⁻³⁶. Jungeiges y Kirchgässner²³ describen una relación positiva entre el ingreso *per capita* elevado y las tasas de suicidio. Además, en la literatura médica se describe una relación inversa entre el gasto público en el bienestar social y el suicidio. Así, a pesar de que España entre los años 1997-2000 experimentó el incremento de gasto en pensiones más alto de Europa (84%), junto a Austria (60%) e Italia (58%), se continuó observando un aumento en las tasas de suicidio entre la población anciana³⁷.

El desarrollo económico también desempeña un importante papel en la incidencia de suicidio y las lesiones autoinfligidas en la población adulta. Esta influencia se evidencia en el ámbito mundial, donde las tasas de suicidio son más elevadas en aquellos países con alta industrialización y en aquellos donde se producen fenómenos de desarraigo familiar, social, emigración, etc.^{1,23,38,39}.

El riesgo de suicidio aumenta en parados, jubilados o trabajadores con situación laboral inestable. La asociación entre la precariedad laboral y el suicidio parece deberse a causas económicas y de apoyo social y familiar que producen una mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades mentales. Estos factores tienen gran importancia porque España presenta las tasas de paro y contratación temporal más altas de la Unión Europea⁴⁰. No sólo la situación económica influye en las tasas de suicidio, también lo debería hacer la situación política. No sólo es que en una sociedad liberal la gente sea más feliz, sino que en un régimen dictatorial puede presionar directa o indirectamente a la gente a cometer suicidio.

Conclusiones

A pesar del desarrollo en aspectos económicos y el mejor conocimiento médico, así como la disponibilidad de nuevos fármacos para tratar las enfermedades mentales, se ha producido un aumento en las tasas de suicidio en las últimas décadas con una estabilización

de éstas en los últimos años. Parece razonable pensar que dado el individualismo de la sociedad contemporánea, las exigencias de esta sociedad y el nuevo papel de la mujer frente al mercado laboral, que produce entre otras cosas una mayor dificultad en conciliar la vida laboral y familiar, son factores que pueden explicar que no se produzca una disminución en las tasas de suicidio. Teniendo en cuenta que se producen más muertos por suicidio que por accidentes de tráfico, es razonable exigir que se gaste en la prevención del suicidio al menos tanto como en la prevención de las colisiones de los vehículos de motor.

Los factores de riesgo del suicidio son numerosos y diversos, y se pueden interrelacionar entre ellos. El conocimiento de los determinantes y la realización de futuros estudios que vayan analizando la influencia de los factores que puedan aparecer debido a lo cambiante de la sociedad contemporánea se hacen necesarios para el diseño de las intervenciones para prevenir el suicidio.

Bibliografía

1. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. Anía BJ, Chinchilla E, Suarez-Almenara JL, Irurita J. Intentos de suicidio y suicidio consumados por ancianos de una residencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38:170-4.
3. Castells M. El poder de la identidad. En: La era de la información. México: Siglo XXI Editores; 2000.
4. Plazaola J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:461-7.
5. Prevención del suicidio. [Accedido 13 de Jun 2005]. Disponible en: http://www.eho.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
6. Chisti P, Stone D, Corcoran P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003;13:108-14.
7. Palacios F, Ojanguren M, Vázquez R, Moreno-Iribas C, Abad FJ. Estudio de la mortalidad en una zona básica de salud urbana. *Aten Primaria*. 2001;28:120-5.
8. Morant C, Criado-Álvarez JJ, García-Pinado R, García Guerrero J, Domper J. Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998). *Psiquiatría Biológica*. 2001;8135-40.
9. Vidal-Rodeiro CL, Santiago-Pérez MI, Paz-Esquete J, López-Vizcaíno ME, Cerdeira-Caramés S, Hervada-Vidal X, et al. Distribución geográfica y temporal del suicidio en Galicia (1976-1998). *Gac Sanit*. 2001;15:389-97.
10. Ruiz M, Muñoz J, Ramos JM, Gil J, Ruiz I, Muriel R. Tendencia de la mortalidad por suicidio en Andalucía desde 1976 a 1995. *Gac Sanitaria*. 1999;13:135-40.
11. Pérez-Hoyos S, Fayos G. Evolució de la mortalitat per suïcidi al País Valencià 1976-1990. *Gac Sanit*. 1996;4-11.
12. Granizo JJ, Guallar E, Rodríguez-Artalejo F. Age-Period-Cohort analysis of suicide mortality rates in Spain, 1959-1991. *Int J Epidemiol*. 1996;25:814-20.
13. Gutiérrez JM. El suicidio en España, 1906-1991. Mortalidad según distribución geográfica. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1996;24:81-3.

14. Rodríguez-Pulido F, Sierra A, Gracia R, Doreste J, Delgado S, González-Rivera JL. Suicide in the Canary Islands, 1977-1983. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;84:520-3.
15. Gutiérrez JM. Predominio del suicidio urbano sobre el rural en España. 1998;26:111-115.
16. Mortalidad por causas y sexo. [Accedido 13 de Jun 2005]. Disponible en: www.iscii.es
17. Defunciones según la causa de muerte. [Accedido 13 de Jun 2005]. Disponible en: www.iscii.es
18. Brockington I. Suicide in Woman. *Int Clin Psychopharm.* 2001;16 Suppl 2:S7-S19.
19. Yip PS. Age, sex, marital, status and suicide and empirical study of East and West. *Psychol Rep.* 1998;82:311-22.
20. Möller-Leimkühler. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;253:1-8.
21. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med.* 2004;58:1869-87.
22. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004;4:37-47.
23. Jungeiges J, Kirchgässner G. Economic welfare, civil liberty, and suicide: and empirical investigation. *Journal of Socio-Economic.* 2002;31:215-31.
24. Maltrato infantil en la familia. (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía; 2002. Serie documentos 4.
25. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Álvarez-Kindelán M, Palomo M, Arnalte-Barrera M, Bonret-Pla A, et al. Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol.* En prensa.
26. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193:258-64.
27. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescent: a review of epidemiological studies. *Chil Abuse Negl.* 2005;29:45-58.
28. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación. [Accedido 13 Jun 2005]. Disponible en: www.iscii.es
29. Primer caso en España de intento de suicidio pactado por Internet. [Accedido 13 de Jun 2005]. Disponible en: www.20minutos.es
30. Chu S, Buehler J, Lieb L, Beckett G, Conti L, Costa S, et al. Causes of death among persons reported with AIDS. *Am J Public Health.* 1993;83:1429-32.
31. Komiti A, Judd F, Grech P, Mijch A, Hoy J, Lloyd JH, et al. Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review. *Aus NZ J Psychiatr.* 2001;35:747-57.
32. Ochoa E. La conducta suicida en el paciente VIH+. [Accedido 13 Jun 2005]. *Conductas Adic [revista electrónica].* 2004 Abril. Disponible en: www.conductasadictivas.org
33. Zimmerman S. State's spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:349-60.
34. Llacér A, Fernández-Cuenca R, Martínez MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución de la década 1989-1998. I. Mortalidad general, principales causas de muerte y de años principales de vida perdidos. *Semergen.* 2002;28:329-33.
35. Reguidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero A. Patrón de mortalidad en España, 1998. *Med Clin (Barc).* 2002;118:13-5.
36. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16:300-10.
37. Roca A, Rubio P, Sánchez P, Rodríguez D, Villar A. Intentos de suicidio en un centro de salud. *Aten Primaria.* 2002;29:547-52.
38. Regidor E, De Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. *Med Clin (Barc).* 1996;106:285-9.
39. Lorant V, Kunst A, Huisman M, Bopp M, Mackenbach J. A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Soc Sci Med.* 2005;2431-41.
40. Artazcoz L, Escribá-Agüir V, Cortés I. Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:24-35.