

Estudio epidemiológico del suicidio en el partido judicial de Priego de Córdoba durante el periodo desde el año 1960 al 1990

Epidemiological study of suicide in the Priego de Córdoba court registry office between 1960 and 1990

Resumen

La conducta suicida es un verdadero problema de salud pública del que nos viene advirtiendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace años. Este trabajo es un estudio epidemiológico retrospectivo de la mortalidad por suicidio en la serie histórica desde el año 1960 al 1990 en el partido judicial de Priego de Córdoba, una demarcación territorial situada entre Córdoba y Granada. El número de suicidios en dichas localidades triplica la media nacional durante este periodo, correspondiendo la modalidad mayoritariamente a la ahorcadura, que casi duplica las cifras a nivel nacional.

De las variables estudiadas, las que resultan con significación estadística son: sexo (más frecuente en hombres), edad (más frecuente entre los 50 y los 59 años), estación del año (más frecuente en primavera y verano) y distribución horaria (más frecuente entre las 8 y las 16 horas).

Palabras clave: Suicidio. Estudio epidemiológico. Conducta autolítica.

Abstract

Suicide behaviour is a real publichealth problem, as the World Health Organization (WHO) has been warning since some years. Our work is an epidemiological study of mortality due to suicide in a historical series of cases between 1960 to 1990. Suicide cases were extracted from data in regional archives and from autopsy reports in the Priego de Córdoba court registry office, located among the territories of Córdoba and Granada. The number of suicides in this area triples the average of suicides in Spain during this period. The most common method used was hanging, doubling the average of this category in Spain.

Our results with statistical significance were: Suicide occurred more frequently in males, and in the 50-59 year old population. With relation to temporal distribution, suicides were more frequent in spring and summer, as well as more frequent between 8:00 and 16:00 hours.

Key words: Suicide. Epidemiological study. Self-injurious behaviour.

J. Sáez Rodríguez¹
E. Lachica López²
E. Girela López³

¹Doctor en Medicina.
Médico Forense.
Director del Instituto de Medicina Legal de Córdoba.

²Doctor en Medicina.
Médico Forense.
Instituto de Medicina Legal de Granada.

³Doctor en Medicina.
Profesor Titular de Medicina Legal.
Universidad de Córdoba.

Correspondencia:
Eloy Girela López
Facultad de Medicina. UCO.
Avda. Menéndez Pidal, s/n.
14071-CÓRDOBA
E-mail: ft1gilpe@uco.es

Introducción

La conducta suicida es un verdadero problema de salud pública del que nos viene advirtiendo la Organización Mundial de la Salud desde hace años¹⁻⁴. En su "Informe Mundial sobre la salud del año 2000" insiste en la gravedad del problema, afirmando que durante ese año murieron a causa del suicidio unas 815.000 personas en todo el mundo, lo que representa

una tasa de 14,5 casos por 100.000 habitantes y año (una defunción cada 40 segundos). Dichas cifras, a pesar de ser alarmantes, se puede considerar que infraestiman el fenómeno, pues es un hecho aceptado que las cifras oficiales de suicidio son siempre inferiores a las reales⁵. El suicidio es una de las primeras causas de muerte en la población joven (detrás de los accidentes de tráfico) y adquiriendo una importancia creciente en la población de mayor edad^{6,7}.

Fecha de recepción:
8.NOV.2010
Fecha de aceptación:
18.ENE.2013

Para la segunda mitad de la década de los 90 (1994 a 1999), las tasas de suicidio más altas aparecen en la Europa oriental. Lituania tiene un número de suicidios por 100.000 habitantes y año de 51; Rusia de 43,1; Bielorrusia de 41,5; Estonia de 37,9 y Kazajstán de 37,4, aunque Sri Lanka tiene unas cifras similares, con 37. Por el contrario, las menores tasas se encuentran en Azerbaiyán con una tasa de 1,1, en Kuwait con una tasa de 2, en Filipinas con una tasa de 2,1 y en Armenia con una tasa de 2,3⁸.

España se puede considerar como un país con una tasa baja de suicidios, entendiendo por baja la inferior a 10 suicidios por 100.000 habitantes y año⁹. En 2008, la tasa que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE) es de 7,582. No obstante estas cifras oficiales no se ajustan a la realidad porque se basan exclusivamente en los Boletines Estadísticos de Suicidio que se cumplimentan en los Juzgados de Instrucción que han instruido las correspondientes diligencias. Los encargados de efectuar esta labor son los funcionarios judiciales con los datos que obran en las diligencias, aunque muchas veces se realiza antes de tener todos los elementos de juicio (estudios complementarios, informes de autopsia, etc.), por lo que pueden existir errores importantes al catalogar el tipo de muerte como suicida. Además, es cada día más frecuente, por la gran sobrecarga de trabajo en los Juzgados de Instrucción, que la única fuente de datos sobre el suicida que existe en las diligencias sea el atestado policial, ya que se está perdiendo la costumbre de llamar a declarar a los familiares del suicida. Ello hace que muchas veces no se obtengan todos los datos que exige el boletín estadístico, lo que puede repercutir negativamente en la calidad de las cifras oficiales que se publican. Por eso es necesario que cuando se realizan estudios sobre el suicidio se deba acudir directamente a las fuentes judiciales, ya que son las únicas que permiten al investigador conocer los datos de primera mano^{10,11}.

El objetivo de este artículo es dar a conocer el estudio epidemiológico realizado en el Partido Judicial de Priego de Córdoba que analiza los suicidios acaecidos en 30 años, concretamente entre 1960 y 1990, tiempo suficientemente amplio para conseguir una muestra que pueda considerarse representativa.

Material y método

Los datos se han obtenido a partir de las diligencias judiciales del Partido Judicial de Priego de Córdoba, buscando en sus archivos todos aquellos

procedimientos judiciales incoados y archivados por suicidio. El censo considerado para la población del Partido Judicial de Priego de Córdoba es el publicado por el INE para 1981 (se barajaron los censos de 1960, 1970, 1981 y 1991 con escasas diferencias), en concreto un total de 26.710 habitantes.

Se recogieron los siguientes datos, de un total de 147 casos de tamaño muestral: sexo, edad, estado civil, profesión, antecedentes patológicos, mecanismo suicida, notas suicidas, núcleo de población donde se ha producido, año, estación, mes, día de la semana y hora estimada del suicidio. Todos estos datos han sido obtenidos a partir de: atestados policiales, informes policiales, diligencias de inspección ocular y levantamiento del cadáver, toma de declaraciones judiciales a los familiares e informe de autopsia.

Se han obtenido los valores estadísticos descriptivos de los casos en las distintas variables analizadas: media y desviación típica para las variables cuantitativas y la mediana y moda para las cualitativas.

Posteriormente se han estudiado las variables cualitativas mediante la distribución χ^2 en su modalidad de test de ajuste. Previamente se han pasado las variables cuantitativas (edad y hora) a grupos para ser consideradas como cualitativas.

Por último se ha estudiado la posibilidad de que las variables establecidas pudieran tener alguna asociación entre sí, mediante la distribución χ^2 en su modalidad de tablas de contingencia.

En todos los casos se ha tomado como límite de significación estadística un $\alpha=0,05$.

El programa estadístico utilizado ha sido el Sigma Stat versión 3.1.

Resultados

El número de suicidios recogidos en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Priego de Córdoba (Córdoba) entre 1960 y 1989 son 147. Se encontraron notas suicidas únicamente en 6 casos.

Los datos sociodemográficos más característicos se muestran en la Tabla 1. Del total de casos estudiados, 109 eran hombres (74,15%) y 38 mujeres (25,85%), habiendo resultado diferencias estadísticamente significativas en el fenómeno suicida derivado del sexo.

La edad media de los 147 casos analizados es de 52,99 años. La desviación típica es 18,68. El valor mínimo es 13 años y el máximo 86 años.

Para convertir la variable edad en cualitativa se han establecido 8 grupos. Un primer grupo < 19 años, un segundo que abarca entre los 20 y los 29 años, un tercero entre los 30 y los 39 años, el cuarto comprendería entre los 40 y los 49 años, el quinto entre los 50 y los 59 años, un sexto entre 60 y 69 años, el séptimo entre 70 y 79 años, así como un octavo grupo para los casos mayores de 79 años. El mayor número de suicidios se concentran en la década comprendida entre los 50 y los 59 años (25,17%), con una significación estadística $p < 0,001$.

Para el estudio de la variable "estado civil", hemos dividido la población en 4 grupos: solteros, casados, viudos y separados. El mayor número de suicidios se dan en individuos casados (55,10%). Para el estudio de la variable "profesión" escogimos los grupos profesionales que establece el Instituto Nacional de Estadística en sus estudios sobre el suicidio.

Otra variable estudiada ha sido la existencia o no de antecedentes de enfermedad (Tabla 2), aunque en nuestro caso el estado de salud previo no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En cuanto al mecanismo que consumó el suicidio sólo se han encontrado cinco modalidades: ahorcadura, armas de fuego, precipitación, sumersión e intoxicación. Los dos casos de intoxicación fueron debidos a ingesta de cáusticos -sulfmán- e insecticidas organofosforados. Hubo una concentración de sucesos en la modalidad de ahorcadura (82,31%; $p < 0,001$) (Figura 1), lo que contradice la hipótesis de una distribución homogénea.

En lo que respecta a la distribución temporal, comprobamos los siguientes resultados: la media de casos es de 4,9 suicidios por año (rango de 2 a 10 casos), aunque no hubo significación estadística en la distribución interanual (Figura 2). Sí que hubo diferencias significativas según la estación del año ($p < 0,05$) (Figura 3), resultando más frecuentes los suicidios en las estaciones cálidas (primavera y verano). Estas diferencias no se aprecian, sin embargo, si estudiamos la distribución temporal mes a mes. Tampoco se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el día de la semana, aunque en nuestro estudio el día con más casuística fue el viernes (27 casos) y el que menos el martes (14 casos). Sí se aprecian diferencias en la distribución horaria al dividir el día en tres tramos horarios, siendo mucho más frecuente entre las 8:00 y las 16:00 h ($p < 0,001$) (Figura 4).

	n	%
Sexo		
Hombres	109	74,15
Mujeres	38	25,85
Edad media= 52,99 a. (rango 13 - 86)		
Grupo etario < 19	8 (7 ♂ y 1 ♀)	5,44
Grupo etario 20-29	14 (10 ♂ y 4 ♀)	9,52
Grupo etario 30-39	11 (8 ♂ y 3 ♀)	7,48
Grupo etario 40-49	21 (14 ♂ y 7 ♀)	14,29
Grupo etario 50-59	37 (26 ♂ y 11 ♀)	25,17
Grupo etario 60-69	23 (17 ♂ y 6 ♀)	15,65
Grupo etario 70-79	25 (21 ♂ y 4 ♀)	17,01
Grupo etario >79	8 (6 ♂ y 2 ♀)	5,44
Estado Civil		
Soltero	40	27,21
Casado	81	55,10
Viudo	23	15,65
Separado	3	2,04
Profesión		
Vendedores	4	2,72
agricultores, pescadores y cazadores	72	48,98
artesanos y afines	8	5,44
Servicios	2	1,36
fuerzas armadas	4	2,72
ama de casa	32	21,77
no consta	25	17,01

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los suicidios estudiados.

Antecedentes de Enfermedad Orgánica	n= 34
Antecedentes de Enfermedad Psíquica	n= 43
Antecedentes de Enfermedad, sin especificar	n= 4
Sin Antecedentes de Enfermedad	n= 66
Total casos	147

Tabla 2.
Antecedentes patológicos documentados en los suicidas.

Discusión

Lo primero que llama la atención es el predominio de los suicidas varones sobre las mujeres, ya que de los 147 suicidios que se han estudiado, 109 casos (74,15%) corresponden al primer grupo mientras que sólo 38 casos (25,85%) son mujeres. Comparando con la distribución por sexo de nuestra población de referencia, la cual es muy homogénea (ligero predominio de mujeres -50,87%- sobre hombres -49,13%-) y aplicando el test de ajuste, confirmamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la presentación del suicidio entre varones y mujeres. Se trata de una relación de 2,86 a 1. Esta cifra está en el entorno de otros estudios similares al nuestro¹¹⁻²³.

Figura 1.
Distribución de los suicidios según la modalidad.

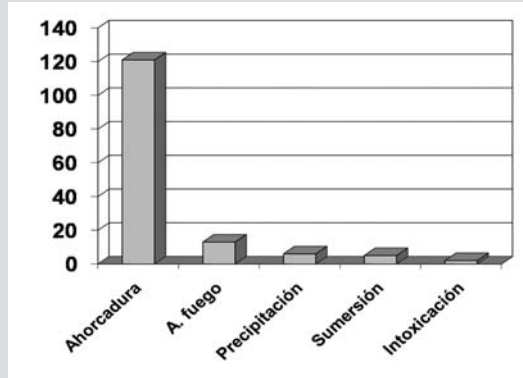


Figura 2.
Distribución interanual de los suicidios.

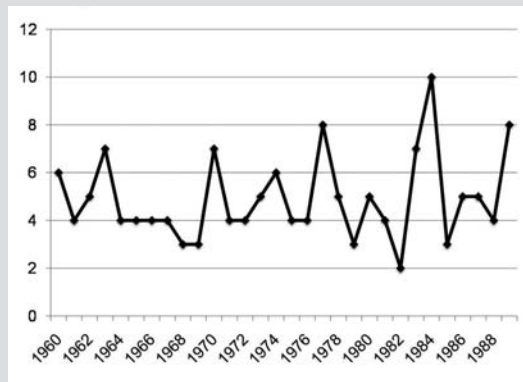


Figura 3.
Distribución estacional de los suicidios.

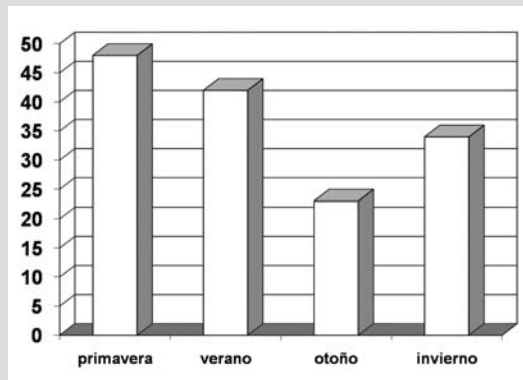
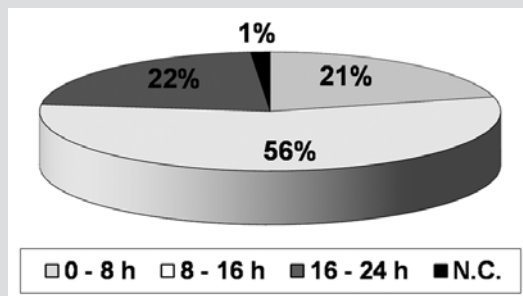


Figura 4.
Distribución temporal de los suicidios según tramo horario.



Se realizó un análisis bifactorial de esta variable con el resto, con el fin de comprobar si el sexo podía tener influencia en alguna de ellas, habiendo comprobado que el sexo no influye en ninguna de las variables estudiadas, con excepción de la relación sexo-profesión, aunque creemos que ello está más motivado por la distribución de la profesión en una población rural que por el hecho suicida.

Referente a la edad, se ha comprobado que sí influye en la aparición del fenómeno suicida. El mayor número de casos se concentran en la década comprendida entre los 50 y los 59 años (25,17%). En los 30 años comprendidos entre los 50 y los 79 se acumula el 71% de los suicidios, cifra que se eleva hasta el 86% si consideramos también la década entre los 40 y los 49 años. Esta apreciación se ha visto corroborada por el estudio estadístico, que ha comprobado cómo en la distribución del número de suicidios entre los diferentes grupos de edad establecidos existen diferencias que son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Estas cifras concuerdan con otros datos publicados a nivel mundial⁸ que cifran una mayor incidencia del suicidio en aquellas etapas comprendidas entre los 40 y los 70 años.

No podemos hacer ningún tipo de conclusiones con respecto al estado civil, ya que aunque en nuestra población se da el hecho suicida con bastante mayor frecuencia en los casados, la distribución de la población de referencia no es homogénea y hay una mayor proporción de casados.

Al estudiar la profesión del suicida llama la atención el gran número de casos (72) que se dedicaban a la agricultura, lo que significa casi un 49%. En frecuencia absoluta le siguen las amas de casa con 32 casos lo que representa un 21,77%. Vemos, por tanto, como entre estas dos ocupaciones están comprendidos el 71% del número de suicidios. Si tomamos en cuenta también aquellos casos en los que no consta la profesión, resulta que sólo en 18 casos (12,24%) se trata de personas que no son agricultores ni amas de casa. No obstante, la explicación es que en la población de nuestro estudio no existe una distribución uniforme en las profesiones analizadas.

Al analizar la existencia de antecedentes de enfermedad, a pesar de que la mayoría de las publicaciones indican una relación positiva con el suicidio²⁴⁻²⁶, nosotros no hemos encontrado una asociación estadística con el estado de salud previo en nuestra población suicida. Dado que este es un hecho muy discordante, una de las explicaciones posibles puede ser que los datos sobre los antecedentes de enfermedad somática o física de los fallecidos (que se obtuvieron a través de las declaraciones judiciales

tomadas a los familiares más directos) en algunos casos no hayan sido lo suficientemente fiables. Otra razón podría ser que en pequeños núcleos rurales con altas tasas de suicidio, éste sea un fenómeno no sólo casi exclusivamente confinado a personas con patologías previas, fundamentalmente psiquiátricas. La hipótesis es que el suicidio pueda ser un “*fenómeno aprendido*”, de forma que se presentase como forma de afrontamiento ante problemas serios en el resto de la población, aun con ausencia de patología psiquiátrica significativa.

En cuanto al mecanismo que consumó el suicidio, la gran concentración de sucesos en la modalidad de ahorcadura (82,31%) viene a duplicar los porcentajes obtenidos a nivel nacional (INE) y coincide más con los trabajos centrados en la población rural^{11,12,20}.

En lo que respecta a la distribución anual de las conductas suicidas, vemos cómo durante los 30 años de estudio hay 4 picos de frecuencia (1963, 1970, 1977 y 1984), aunque con el test de ajuste de proporciones no existen diferencias estadísticamente significativas en el número de sucesos presentados según año.

Un parámetro clásico que se analiza en todos los estudios sobre el suicidio es la estación del año. La época predilecta para la presencia del fenómeno que estamos estudiando es la primavera. El 32,65% de los suicidios acontecen en primavera y el 28,57% en verano. Por el contrario, en invierno suceden el 23,13% y en otoño, sólo el 15,65%. Cuando se realiza el test de ajuste para proporciones se comprueba que existen diferencias significativas ($p < 0,05$). Nuestros resultados están en la línea de otros investigadores que observan una mayor frecuencia en primavera^{12,18}, mientras que también son muchos quienes observan una mayor frecuencia en verano^{13,15-17,20}.

Íntimamente relacionada con el estudio de la estación del año está la distribución por meses. Se ha comprobado que en los meses cálidos se producen un mayor número de suicidios. En los seis meses comprendidos entre abril y septiembre se han producido un total de 91 suicidios, lo que representa un 61,9% del total de los suicidios, aunque realizado el test de ajuste de proporciones no se establecieron diferencias estadísticamente significativas.

El día de la semana en que se consuma el suicidio ha sido objeto de estudio en trabajos como los de Entrena y Alcaraz¹⁴, Heredia¹⁹, Carnicero *et al*¹⁷ y Giner²⁰ que han llegado a conclusiones idénticas en cuanto a una mayor frecuencia durante los fines de

semana (viernes a domingo). Esto coincide con nuestros datos que muestran una mayor concentración de suicidios durante los viernes, aunque no se encuentren diferencias significativas en cuanto al día de la semana en que se ha producido el suicidio.

Otro parámetro estudiado clásicamente en los estudios epidemiológicos de los suicidios ha sido la hora del día en la que se consumó el suicidio. Nosotros, de forma similar a los resultados de los trabajos de Rodes *et al* y Giner^{16,20}, hemos encontrado una mayor concentración de suicidios en el intervalo comprendido entre las 8 y las 16 horas, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Camps *et al*¹³, por su parte, obtienen una mayor frecuencia de suicidios en el intervalo entre las 16 y las 24 horas (36,02%).

La tasa de suicidio que hemos encontrado en nuestro estudio para el partido judicial de Priego de Córdoba es de 16,08 suicidios por 100.000 habitantes y año. Esta cifra es muy superior a la calculada para dicho período en la provincia de Córdoba (9,32), en Andalucía (6,67) y en España (5,16), tomando como base los datos publicados por el INE en sus anuarios entre 1960 y 1989 y los censos de población de esos períodos^{27,28}.

Conclusiones

El número de suicidios en el partido judicial de Priego de Córdoba triplica la media nacional durante el período de nuestro estudio (3,18:1), es superior al obtenido para el total de Andalucía (2,46:1) y alcanza casi el doble del obtenido en la provincia de Córdoba (1,76:1).

En nuestro estudio, los hombres se suicidan más que las mujeres en una proporción de 2,86 a 1. El sexo no influye en ninguna de las otras variables estudiadas. La edad influye en la aparición del hecho suicida, concentrándose la mayoría de los suicidios entre los 50 y los 59 años (25,17%), siendo la edad media de 53 años. En las tres décadas que se comprenden entre los 50 y los 79 años de edad se acumulan el 71% de los suicidios.

Los suicidios son más frecuentes en los casados, aunque no podemos hacer inferencias de significación estadística pues también es más frecuente este grupo en la población de referencia. La distribución de los suicidios en los diferentes grupos de profesión establecidos no es uniforme, aunque la diferencia hay que buscarla no en el acto suicida sino en la diferente estructura de la población objeto de nuestro estudio (48,77% se dedicaban a la agricultura).

Con las reservas expresadas en el apartado de Discusión, el estado de salud previo no parece haber influido en el fenómeno suicida en nuestra población con el método utilizado para recoger dichos datos. En cuanto a la modalidad suicida, la ahorcadura casi duplica las cifras a nivel nacional, lo que repercute en una menor presentación de otras modalidades de suicidio (precipitación, sumersión, intoxicación...) a excepción del empleo de armas de fuego que se mantiene.

No existen diferencias en la distribución anual de los suicidios en los años de nuestro estudio. La estación del año influye en la presentación del fenómeno suicida, siendo más peligrosas las estaciones cálidas (primavera y verano). El mayor número de suicidios ocurre entre las 8 y las 16 horas.

La presentación del fenómeno suicida por sexos, edad, estado civil y mes del año arroja unas cifras similares en la población estudiada y en el total de la población nacional.

Bibliografía

1. Brooke, EM. *Le suicide et les tentatives de suicide*. Organisation Mondiale de la Santé. Ginebra. 1975.
2. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistical Report. Ginebra 1968.
3. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10*. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones básicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
4. Organización Mundial de la Salud. *Salud para todos*. Ginebra: 1995.
5. Marti G, Corbella J. Consideraciones sobre el suicidio consumado en España. *Jano* 1979; 399: 33-48.
6. Osuna E, Pérez-Cárceles MD, Conejero J, Abenza JM, Luna A. Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid. Spain (1990-1994) *Forensic Sci Int* 1997;87(1):73-80.
7. Fenollosa M, Castelló A, Verdú F.A. El suicidio en los ancianos: decisión autónoma frente a gerontocidio social. *Ciencia Forense* 2001;3:159-70.
8. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre Violencia y Salud*. Ginebra 2000.
9. Rodes F, Martín JB, Jiménez S, Mendonça C. *El Suicidio consumado en España y Portugal*. V Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense. Octubre 1992. Córdoba.
10. Ruiz M, Pérez F, Serrano P, Fernández-Baca E, Sánchez J, Alcalde J. Estudio de suicidios consumados. *Folia Neuropsiquiatria* 1993;28:99-106.
11. Roldán H. Contribución al estudio del suicidio rural (El caso de la Contraviesa, en Granada). *Revista de Derecho Penal y Criminología*. 2001 Enero;7:335-74.
12. Hinojal R. El suicidio en un área asturiana. *Revista Española de Medicina Legal y Forense*. 1978; (16-17):66-70.
13. Camps D, Puig L, Pujol A. *Estudio del suicidio consumado en el Partido Judicial de Hospitalet (años 1972-1978)*. III Congreso Español de Medicina Legal. Diciembre 1979. Madrid.
14. Entrena JJ, Alcaraz R. Estudio del fenómeno suicida en el área del Gran Bilbao y zonas adyacentes durante los años 1985-1986. *Revista Española Medicina Legal* 1987; (50-51):17-25.
15. Romero JL, Gamero J, Vizcaya MA, Arrufe MI, Hernandez A. Evolución del suicidio consumado en la ciudad de Sevilla en los años 1978 a 1987. *Revista Española de Medicina Legal* 1989; (58-59):9-21.
16. Rodes F, Pamblanco Lillo E, Martín JB, Navarro López I. El suicidio en la tercera edad. *Revista Española de Medicina Legal y Forense*. 1990; (62-65):7-13.
17. Carnicero MA., Echeravarría F, Iglesias ME, Idioate F. Revisión del acto suicida consumado en el partido judicial de San Sebastián durante los años 1988 y 1989. *Revista Española de Medicina Legal* 1991; (66-69):23-9.
18. Heredia F. El suicidio en Sevilla en 1989. Estudio epidemiológico. *Revista Española de Medicina Legal*. 1991; (66-69):57-60.
19. Heredia F. Estudio del suicidio en adolescentes en Sevilla en 1989. Estudio epidemiológico. *Revista Española de Medicina Legal*. 1991;(66-69):61-4.
20. Giner S. *Estudio del Suicidio consumado en el partido judicial de Orihuela 1982-1991* [tesis doctoral]. Universidad de Alicante (1992).
21. Rodríguez F, Sierra A, Doreste J, Gracia R; González J.L. Suicidio in the Canary Islands: standardized epidemiological study by age, sex, and marital status. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* (Germany) 1992;27(2):69-74.
22. Miguel L, Lucena J. Heredia F, Rico A, Marin R, Blanco M, Barrero E, Soriano MT y Gimenez MP. Estudio Epidemiológico del Suicidio en Sevilla en 2004. *Cuadernos de Medicina Forense* 2005;39:43-53.

23. Rubiño A, Rubiño FM. Estudio epidemiológico de la mortalidad por suicidio en Portugal. *Interpsiquis*, 2007. Disponible en www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/epidemiologia78/28025.
24. Vega M, Blasco H, Baca E, Díaz C. El suicidio. *Salud Mental en Atención Primaria*. 2002:1-15.
25. Qin P, Agerbo E, Mortensen P. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002 Oct 12; 360(9340): 1126-30.
26. Qin P, Agerbo E, Mortensen P. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: A national register based study of all suicides in Denmark 1981-1997. *Am J Psychiatry*. 2003 Abr;160(4):765-772.
27. Instituto Nacional de Estadística. Anuarios estadísticos de suicidios. Años 1960-1990.
28. Instituto Nacional de Estadística. Censo de la Población de España. Años 1960-1990.