

ALGUNOS ASPECTOS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS SUICIDIOS EN ESPAÑA (1960-1993)

POR

EUGENIO CEJUDO GARCÍA
JUAN CARLOS MAROTO MARTOS

Los suicidios son un fenómeno universal y presente en todas las culturas pero las actitudes de la sociedad frente a estos actos han estado y están condicionadas por las distintas valoraciones que de ellos se realizan a nivel religioso, filosófico, judicial, popular, etc. Frente a momentos del pasado en los que ciertas actitudes eran aceptadas y loadas como desencadenantes de un acto suicida, en la actualidad el suicidio se convierte en una *desviación social*, es algo patológico. Esta concepción cumple una doble finalidad: de un lado, protege las regulaciones morales de nuestra sociedad, distingue y separa lo erróneo y prohibido de lo que no lo es o está, y, de otro, defiende nuestra percepción de la realidad, manteniendo la credibilidad y el carácter de plausibilidad de las estructuras sociales en las que nos movemos reforzando así su cohesión interna.

Objetivo y problemas metodológicos

Los objetivos que pretende cubrir este trabajo son tres: en primer lugar, comprobar si en los últimos 30 años (1960-93) se han producido en nuestro país variaciones importantes en el volumen y la estructura por

Eugenio Cejudo García, Juan Carlos Maroto Martos: Departamento de Geografía Humana. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Granada.

Estudios Geográficos, LXII, 242, 2001

edad y sexo de los suicidios, tal y como cabría esperar si se tienen en cuenta los trascendentes cambios acaecidos en el contexto social, económico, cultural o político durante este periodo. En segundo lugar, poner de manifiesto las diferencias espaciales que muestran las tasas de suicidio en nuestro país utilizando como unidad de análisis la provincia.

Uno de los problemas más graves, a la vez que irresoluble, en el trabajo que nos planteamos abordar es el de la cuantificación del suicidio o, por mejor decir, de los suicidios. Ello es así en la medida en que éstos llegan hasta nosotros en forma de estadísticas lo que, además de su fiabilidad —discutible tal y como se verá—, implica reducir indiscriminadamente a una mera contabilidad un fenómeno tremendamente complejo como éste.

Para nuestro análisis, los datos que utilizamos son los procedentes de la rúbrica «suicidios y lesiones autoinfligidas»¹ procedentes del Movimiento Natural de la Población en su volumen Estadística de Defunciones según Causa de Muerte publicados por el INE. La utilización de dicha información implica serias limitaciones que es conveniente tener presente. La primera procede del hecho de que reducir este fenómeno a la muerte del sujeto, mínimo común denominador cuantificable, minimiza y deforma una realidad difícil de aprehender. A ello se añade, en segundo lugar, la dificultad de elaborar la información propiamente dicha en la medida en que la defunción por suicidio no es una muerte cualquiera ya que, además de ser relativamente excepcional, es socialmente culpabilizada lo que suele conducir a su posible y más que frecuente disimulación y ocultación, acarreando sesgos y márgenes de error imposibles de determinar en las estadísticas. Factores como el lugar en el que se produce, la multitud de instancias que intervienen en su catalogación o la pertenencia social del propio individuo que atenta contra su vida determinan la importancia de aquélla. La tercera se refiere al hecho de que la fuente que nosotros utilizamos nos habla de hechos consumados sin tener en cuenta los intentos, por tanto, la información manejada no contabiliza todas *las conductas suicidas* sino tan sólo

¹ La causa de muerte que aparece en la fuente es la denominada «básica», que suele coincidir con la «inicial» o «fundamental» (una de las cuatro —inmediata, intermedia, inicial o fundamental y otros procesos— que se consigna en los boletines estadísticos). Se entiende por tal, según la Introducción de la propia fuente de 1990, la «enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal» (p. IX).

aquella pequeña porción de ellas que alcanzan el objetivo deseado por el sujeto. Por último, y en relación con lo anterior, los datos que ofrecen las estadísticas oficiales proceden de un aparato judicial sobrecargado en el que no sería de extrañar que, en casos de conducta no penada y en los que víctima y agresor son la misma persona como es el caso del suicidio, se dejasen de catalogar como tal no pocas muertes.

Así pues, somos conscientes y estamos convencidos de los inconvenientes que conlleva reducir el análisis de los suicidios a un estudio sólo estadístico, tal y como proponemos. En efecto, en palabras de Estruch y Cardús (1982: 37)² «un estudio estadístico de los suicidios no es posible más que sobre la base de una reducción de la enorme complejidad del fenómeno para no quedarse sino con sus elementos más generales y menos precisos. El análisis estadístico obliga a equiparar los suicidios unos con otros; los adiciona cuando normalmente no son sumables; toma por el todo aquello que no es más que un mínimo común denominador; en definitiva, el análisis estadístico niega la tesis de la radical diversidad y nunicidad de los suicidios». A pesar de ello y compartiendo sus planteamientos, entendemos que este postulado es aplicable a todos los procesos y fenómenos sociales y que de mantenerse a rajatabla ninguno de ellos podría ser aprehendido a niveles superiores, casi, al individual; lo que, en sentido estricto, conduciría a negar la dimensión social de los mismos, en línea con lo señalado por Durkheim (1985)³. Ello no significa que mantengamos, tal y como exponemos con posterioridad, que su comprensión se pueda realizar, exclusivamente, a través de estos factores. Se trata, en última instancia, de un problema de escala en los análisis de los sucesos sociales, cuanto menor es la escala espacial con la que se trabaja más se diluyen e incluso se pierden, necesariamente, sus aspectos concretos e individuales. No nos enfrentamos a análisis excluyentes, muy al contrario, entendemos que son complementarios.

Definición y teorización del suicidio

El Diccionario de Uso del Español de María Moliner lo define como la «acción de matarse a sí mismo». Lo que distingue a éste del homicidio

² Estruch, J. y Cardús, S. (1982): *Los suicidios*. Barcelona. Ed. Herder.

³ Durkheim, E. (1985): *El suicidio*. Madrid. Ed. Akal (primera edición de 1897).

es que la acción recae sobre el propio actor y lo que lo distancia de otro tipo de muerte es su carácter voluntario⁴. Precisamente esa voluntad o intención es lo que hace difícil la distinción «a posteriori» del suicidio como causa de muerte. Ello excluye de nuestro análisis, como ya dijimos, las *conductas suicidas*, definidas como aquellos comportamientos que no concluyen en muerte y que son provocados por el propio sujeto; entre ellos, las más conocidas y estudiadas son los intentos de suicidio.

Todos los intentos de teorización que sobre el tema se han realizado han supuesto, en mayor o menor medida, un claro ejercicio de reduccionismo.

Desde la *perspectiva sociológica*, o sociologicista como la denominan otros autores, la ya aludida obra de Durkheim es referencia obligada. En ella se lo define como «todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado» (1985: 5). Para él el suicidio es un fenómeno socialmente constante y no susceptible de explicación en términos individuales; es la resultante de toda una serie de condicionamientos sociales que engloban elementos de tipo familiar, cultural o religioso, entre otros. En último término, para su explicación son dos las variables a tomar en consideración: por una parte, el grado de integración social del individuo y, por otra, el grado de reglamentación social. De acuerdo con la primera, el suicidio puede producirse por exceso de individualización —suicidio llamado egoísta— o bien por insuficiencia de individualización e hiperintegración social —suicidio altruista—; mientras que, a partir de la segunda, se desemboca en un exceso de reglamentación social —suicidio fatalista— o bien en una dislocación anárquica del grupo, que es la que da lugar al suicidio anómico. El desarrollo industrial, urbano y científico de la sociedad moderna están en el origen de que algunas instituciones sociales básicas para los procesos de socialización e integración —y muy especialmente la familia y la iglesia— dejen de poseer la gran capacidad integradora de que gozaban en épocas anteriores. Es aquí donde se localizan las coordenadas en las que se sitúa el fenómeno del suicidio así como el he-

⁴ Un buen marco de referencia en el que encuadrar el suicidio como muerte puede encontrarse en: De Miguel, J. M. (1995): «El último deseo» para una Sociología de la muerte en España». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. n.º 71-72. pp. 109-156.

cho de que en los últimos tiempos aumente, sobre todo, los denominados como egoístas y anómicos.

En el extremo opuesto encontramos aquellos planteamientos que pretenden encontrar sólo en la genética y en la herencia sus causas explicativas. Este *determinismo biológico*⁵ asume que el suicidio de las personas depresivas o maniaco-depresivas obedece a la presencia de un gen del cromosoma sexual X que la madre puede transmitir hereditariamente. Esta misma línea argumentativa es la que permite defender que la criminalidad tiene su origen en la carga génica de las personas. Ahora bien, de ser cierto lo anterior, quedaría por explicar porqué la presencia del mismo gen da lugar a comportamientos no violentos ni suicidas o la importancia que en estos fenómenos tiene el mimetismo y la copia de comportamientos dentro de una misma familia. Del mismo modo, deberían ampliarse los análisis genéticos que dan origen a estas conclusiones a todos los demás grupos sociales, ya que éstos sólo se suelen realizar sobre grupos de población muy restringidos como el de los encarcelados.

Este tipo de argumentación biologicista se encuentra muy próxima a la realizada por sectores importantes de la *psiquiatría* norteamericana⁶. Desde esta perspectiva, el suicidio se explica a partir de la enfermedad mental, de la locura. Unas veces como consecuencia de ella, ya que en el momento de cometerlo padecen un estado emocional patológico, otras por encontrarse cuando cometen el acto en estado de delirio, lo que implica que el suicida es un alienado. Para Achille-Delmas los suicidas pertenecen a dos grandes categorías de personalidad: los ciclotímicos y los hiperemotivos. Los primeros son personas melancólicas, con angustias depresivas, irritables, inquietos e inseguros. Los segundos se caracterizan por reaccionar desproporcionadamente frente a toda clase de situaciones conflictivas. Además, mantiene que tanto unos como otros suponen una proporción casi constante de cualquier sociedad, situada en torno al 15%. Este tipo de planteamientos, en primer lugar, no se pueden mantener estadísticamente en un país como España y, en segundo lugar, se oponen a planteamientos no deterministas que defiende que «es posible que el suicidio sea un acto racional, que se realice tras una información real y adecuada, que no tenga errores de lógica y la víc-

⁵ Baechler, J. (1975): *Les suicides*. París. Ed. Calmann-Levy.

⁶ Achille-Delmas, I. (1932): *Psycho-pathologie de suicide*. París. Ed. Alcan.

tima sepa prever las consecuencias y que favorezca los intereses de la víctima» (Quintana, O., 1997: 91)⁷.

Otra teorización significativa sobre el suicidio procede del *psicoanálisis*. Para Freud el impulso suicida es originariamente un impulso homicida, orientado por consiguiente hacia el otro y con posterioridad dirigido hacia el yo. Se pone en entredicho que puedan existir suicidios no precedidos de un deseo reprimido de matar; desde este punto de vista cabría afirmar que el suicidio es una forma de homicidio desviada. La obra de Menninger⁸, entroncando con fidelidad con la de Freud, puede ser considerada como la teorización psicoanalítica clásica del suicidio. Menninger distingue en todo suicidio la combinación de tres dimensiones cuya importancia relativa habría de ser valorada en el análisis de cada caso concreto: el deseo de morir, que se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o de rehuir los conflictos; el deseo de matar, que en el caso del suicidio debe ser interpretado freudianamente como una agresividad desviada hacia sí mismo; y, por último, el deseo de ser matado, en el que básicamente intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia del castigo.

Este pequeño y escueto repaso teórico pone de manifiesto cómo los suicidios constituyen un ejemplo paradigmático de la imposibilidad de explicar muchos fenómenos humanos a partir de la determinación de un factor supuestamente único y fundamental. La monocausalidad no es en ciencias humanas una utopía, sino una falsedad y un engaño.

En esta línea de trabajo, que nosotros compartiríamos, se encuentra la denominada *perspectiva socioindividual*⁹ que defiende la existencia de un contexto socioindividual donde situar la conducta del suicida, compuesto por el contexto social general, el contexto social inmediato y el entramado individual. El sujeto se desarrolla en una sociedad, en un contexto general, en el que se incluyen factores tales como las normas sociales y la regulación social, la valoración del suicidio y las actitudes sociales hacia la autodestrucción, el papel de los medios de comunicación, etc. Pero además, el sujeto está situado en un entorno específico, que constituye el contexto social inmediato, donde aspectos

⁷ Quintana, O. (1997): *Por una muerte sin lágrimas*. Barcelona. Flor de verano ediciones.

⁸ Menninger, K. (1972): *El hombre contra sí mismo*. Barcelona. Ed. Península.

⁹ Villardón Gallego, L. (1993): *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao. Univ. de Deusto.

como los acontecimientos estresantes, el apoyo social, las características sociodemográficas, etc., deben tenerse en cuenta al tratar de comprender la conducta suicida. Por otra parte, las características biológicas del sujeto, las posibles enfermedades psiquiátricas, las características de su personalidad, el modo de afrontar los problemas y la tolerancia al estrés son algunos de los factores a tener en cuenta al considerar el posible riesgo de conducta suicida del sujeto. Además de este contexto socioindividual se defiende la existencia de un *estado mental suicida* compuesto por una serie de variables psicológicas que acompañan a la conducta del suicida; éstas son: la depresión, la desesperanza, el sentimiento de soledad, la ausencia de razones para vivir, el bajo autoconcepto y las expectativas de eficacia del suicidio.

Evolución del suicidio en España y su distribución por sexo y grupos de edad

El número de suicidios en nuestro país durante los últimos 30 años ha pasado de una situación de ligero descenso —o si se quiere casi estabilidad— entre 1960 y el inicio de la década de los 80, a otra de enorme crecimiento en la que éstos pasan de ser 1.473 para el quinquenio 1975-79 a 2.919 entre 1990-93. Dicho de otro modo, los suicidios, que durante 20 años (60-80) se habían mantenido más o menos estables en torno a la cifra de 1.500, se duplican en el transcurso de los 13 años siguientes (ver cuadro I). Una primera valoración de estas cifras debe partir del recordatorio de su más que probable infraestimación durante las dos primeras décadas, no en vano éste varía en función inversa a su desaprobación social. Ello podría explicar que con la instauración del régimen democrático en nuestro país las cifras referidas a este tipo de muertes afloran de forma espectacular. Además de la causa citada, entendemos que la explicación más global que sobre la evolución de estas cifras generales puede darse en este inicial momento del análisis es la de que el suicidio varía en dirección de la integración social, según plantea Durkheim; los cambios en el ciclo económico o político, en uno u otro sentido, serían elementos especialmente importantes para el incremento de las tasas de suicidio. Desde este planteamiento el final de la década de los 70 y primeros ochenta coinciden en nuestro país con una etapa de «desencanto» consecuencia no sólo de la grave crisis

CUADRO I

MEDIA DE SUICIDIOS SEGÚN EDAD Y SEXO A NIVEL NACIONAL

Años	Varones					Mujeres					Ambos sexos					
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1960-63	9,33	39,67	52,33	66,67	71,00	78,00	81,00	103,00	9,33	24,25	35,50	39,50	41,50	47,25	67,00	82,75
1966-69	5,25	24,25	35,50	39,50	47,25	67,00	82,75	96,00	5,25	17,25	20,25	26,25	24,00	32,00	35,50	36,33
1970-73	6,75	22,25	37,00	41,50	40,25	73,75	83,00	102,00	6,75	10,50	15,00	15,00	24,00	24,75	33,25	33,25
1975-79	8,40	31,20	58,20	47,00	49,00	62,80	77,60	102,60	1,80	19,20	18,60	19,00	23,20	23,20	35,00	35,00
1980-84	11,40	55,20	105,40	93,20	79,80	81,60	79,40	11,20	2,60	26,00	24,20	21,60	23,20	24,40	39,80	39,80
1985-89	46,20	80,40	157,00	152,00	124,00	107,60	115,60	127,20	3,80	21,20	35,60	37,20	38,80	33,40	38,60	38,60
1990-93	14,75	76,00	161,25	186,25	155,25	129,00	117,00	130,50	4,00	19,75	35,25	44,75	37,75	35,75	38,00	38,00
1960-63	10,66	60,00	73,33	94,00	95,67	108,67	108,67	139,33	1,33	20,33	21,00	27,33	24,67	30,67	27,67	36,33
1966-69	6,25	33,75	52,75	50,50	67,50	93,25	114,75	129,50	9,50	17,25	11,00	20,25	26,25	32,00	35,50	35,50
1970-73	7,75	32,75	47,50	55,25	55,25	97,75	107,75	135,25	1,00	10,50	13,75	15,00	24,00	24,75	33,25	33,25
1975-79	10,20	41,40	77,40	59,20	67,60	81,80	100,80	137,60	1,80	19,20	18,60	19,00	23,20	23,20	35,00	35,00
1980-84	14,00	71,20	131,40	117,40	101,40	104,80	103,80	151,00	2,60	26,00	24,20	21,60	23,20	24,40	39,80	39,80
1985-89	20,00	101,60	192,60	189,20	162,80	142,80	149,00	165,80	3,80	21,20	35,60	37,20	38,80	33,40	38,60	38,60
1990-93	18,75	95,75	196,50	231,00	193,00	169,50	152,75	168,50	4,00	19,75	35,25	44,75	37,75	35,75	38,00	38,00

Fuente: Movimiento Natural de la Población. Estadísticas por causas de muerte. Elaboración propia.

económica que se sufre sino también del fracaso en la «sensación generalizada de que la democracia, al ofrecer soluciones a todos los problemas, conduciría a una nueva era de paz y prosperidad» (Carr, R. 1985: 730)¹⁰. Por otra parte, tal y como se desarrollará más tarde, los

¹⁰ Carr, R. (1985): *España 1808-1975*. Barcelona. Ed. Ariel.

Varones		Mujeres		Ambos sexos	
50-54	112,67	134,67	117,00	102,00	137,67
55-59	102,75	122,00	127,00	109,25	147,00
60-64	100,75	99,25	120,00	117,00	161,75
65-69	113,40	104,00	93,40	99,20	159,25
70-74	144,40	145,20	132,20	93,80	143,60
75-79	171,20	188,00	178,60	148,60	163,40
80-84	131,50	176,75	182,25	175,00	152,80
85 y +	46,75	64,00	74,60	77,60	82,00
Total	410,00	473,33	35,67	25,33	123,66
	37,75	43,75	39,25	37,75	115,75
	34,00	42,00	47,33	35,67	79,50
	46,00	42,50	41,75	42,25	74,33
	45,00	39,80	39,60	42,20	79,50
	51,80	51,60	57,40	49,80	74,50
	64,00	74,60	76,60	77,60	74,50
	46,75	69,75	63,25	77,50	232,50
	146,67	176,67	164,33	137,67	252,50
	140,50	165,75	166,25	147,00	230,20
	146,75	141,75	161,75	159,25	226,20
	158,40	143,80	133,00	141,40	163,40
	196,20	196,80	189,60	143,60	152,80
	235,20	262,20	255,20	226,20	128,00
	178,25	246,50	245,50	252,50	102,60
	146,67	176,67	164,33	137,67	74,33
	140,50	165,75	166,25	147,00	79,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	74,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	74,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	47,50
	178,25	246,50	245,50	252,50	177,75
	146,67	176,67	164,33	137,67	161,40
	140,50	165,75	166,25	147,00	161,40
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50	165,75	166,25	147,00	177,75
	146,75	141,75	161,75	159,25	130,25
	158,40	143,80	133,00	141,40	92,60
	196,20	196,80	189,60	143,60	91,00
	235,20	262,20	255,20	226,20	92,60
	178,25	246,50	245,50	252,50	59,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	59,00
	140,50	165,75	166,25	147,00	58,50
	146,75	141,75	161,75	159,25	58,50
	158,40	143,80	133,00	141,40	47,50
	196,20	196,80	189,60	143,60	47,50
	235,20	262,20	255,20	226,20	216,20
	178,25	246,50	245,50	252,50	230,00
	146,67	176,67	164,33	137,67	177,75
	140,50</				

sos (de una cifra inicial que ronda los 1.100 se pasa a más de 2.000 al final del periodo estudiado); las cifras de la mujer pasan de 400 a 750 casos. Pero si bien la composición claramente desigual del suicidio según el sexo es evidente, también lo es el hecho de que ésta se haya mantenido constante a lo largo del tiempo, en torno al 74 %. Tres de cada cuatro personas que se suicidaron durante los 30 años analizados fueron hombres. Esta tendencia se registra en nuestro país al menos desde principios de siglo, tal y como lo pone de manifiesto la *Estadística del suicidio en España* publicada por el INE¹¹.

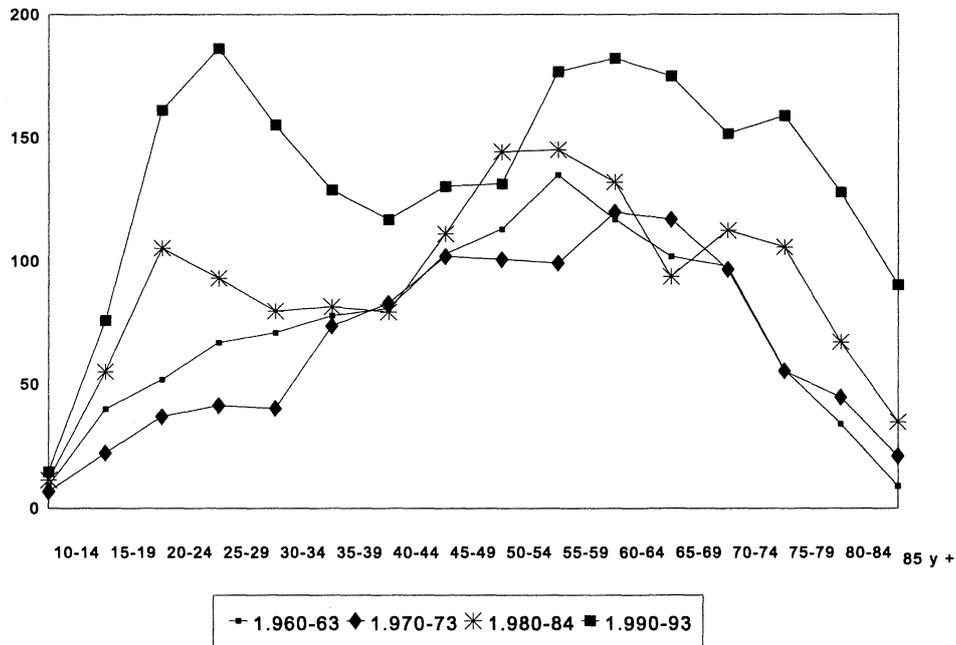
Esta primera aproximación se completa al introducir la componente edad en el análisis; el citado cuadro I nos ayuda al respecto. Los años 80 y 90 presentan valores a todas las edades superiores a los de décadas pasadas, sobre todo, la de los años 90, hecho éste que no sorprende si recordamos lo comentado en el párrafo anterior. Mucho más significativo, a nuestro entender, es el cambio que se produce en la estructura por edad de los suicidios. En efecto, los valores muestran en los años 60 una elevación suave desde las primeras edades hasta alcanzar su punto culminante en el grupo 55-59, momento a partir del cual empieza su declinar, eso sí, mucho más pronunciado que su ascenso. La situación de los años 70 presenta una clara analogía a la vez que una significativa diferencia con la que acabamos de comentar. De un lado, se observa, aún con mayor claridad, la existencia de una sola etapa de la vida especialmente propensa para el suicidio, la que va de los 45 a los 69; veinte años en los que la media de suicidios se sitúa en torno a 140 (piénsese que entre los 20 y 34 años son «sólo» 50). De otro, el descenso, escaso pero general, que se constata en este momento se produce en las edades más bajas mientras que a partir de los 35 años los valores siguen caminos prácticamente idénticos. Frente a esta inicial estructura del suicidio, la de los 80, que podría catalogarse de transición, y, sobre todo, la de los 90 nos muestra una situación de doble cima: una situada en los años de juventud (entre 20-34) con máximo en el grupo 25-29 (los suicidios ascienden a 231) y otra de mayor intensidad comprendida entre los 55 y 75 años en donde éstos se sitúan en torno a las 250 muertes. Entre estas dos cimas nos encontramos con un claro y nítido valle en el que en su parte más baja, los 40-44 años, apenas si se llega a los 150.

¹¹ La masculinidad del suicida medida quinquenalmente desde 1906 hasta 1960 refleja los siguientes índices: 2,91; 2,64; 2,64; 3,03; 2,85; 2,95; 2,72; 2,27; 2,62; 2,54, 2,41.

Los datos nos ponen de manifiesto que el incremento espectacular del número de suicidios que se produce a partir de 1980 se debe al despegue vertiginoso que sufren éstos en la población joven al punto de ser hasta cuatro veces mayor su volumen; sobre todo si comparamos las cifras de 1990 con las de 1970. Del mismo modo, el descenso que registran las cifras a principio de los 70 también se produce en estas edades, entendemos que relacionado con los procesos emigratorios que no sólo reducen el volumen de población en estas edades en nuestro país sino que además abren la posibilidad de expectativas laborales fuera de nuestras fronteras, sobre todo para esta población joven. Pero además, también se ha producido una elevación en las edades adultas, aunque en términos relativos su importancia ha sido menor, bien es cierto que los valores de partida eran mucho mayores. Otro hecho que no conviene pasar por alto es que los niveles más elevados de suicidio en nuestro país se sitúan en torno a la edad en la que se produce el abandono legal de la actividad laboral. Por último, el descenso que se produce en los suicidios a partir de los 75 años es espectacular aunque en el último grupo de edad, el de 85 y más, los valores siguen siendo muy importantes, 130. Este hecho lo destacamos porque si se comparan el número de defunciones que se registran por esta causa en este grupo de edad con las existentes en 1960, se puede comprobar que es el que más ha crecido en términos relativos, multiplicándose su valor por 10.

¿El *sexo* introduce variaciones en su evolución y estructura? Una rápida ojeada a las figuras 1 y 2 nos permite dar una respuesta negativa a esta pregunta para el sexo masculino mientras que en el femenino sí existen diferencias apreciables.

En el caso del varón se pueden observar algunas diferencias respecto a lo ya comentado para el conjunto de la población. Una de las más significativas hace referencia al hecho de que los óbitos voluntarios muestran su mayor valor en la población comprendida entre los 25-29 años (186), superando incluso a las muertes en las edades próximas a la jubilación. En efecto, el suicidio en estas edades jóvenes se comporta de forma muy brusca, asciende y desciende con vertiginosa rapidez frente a la evolución más estable y mantenida que se registra en los adultos, aunque los valores que adquieren en la cima son escalofriantes. Otro aspecto, que ya se mostraba anteriormente y ahora se evidencia con mayor nitidez, es la crisis de los 75-79 años, una vez superada la de los 65, momento a partir del cual se produce su fuerte declinar. Este hecho ya se

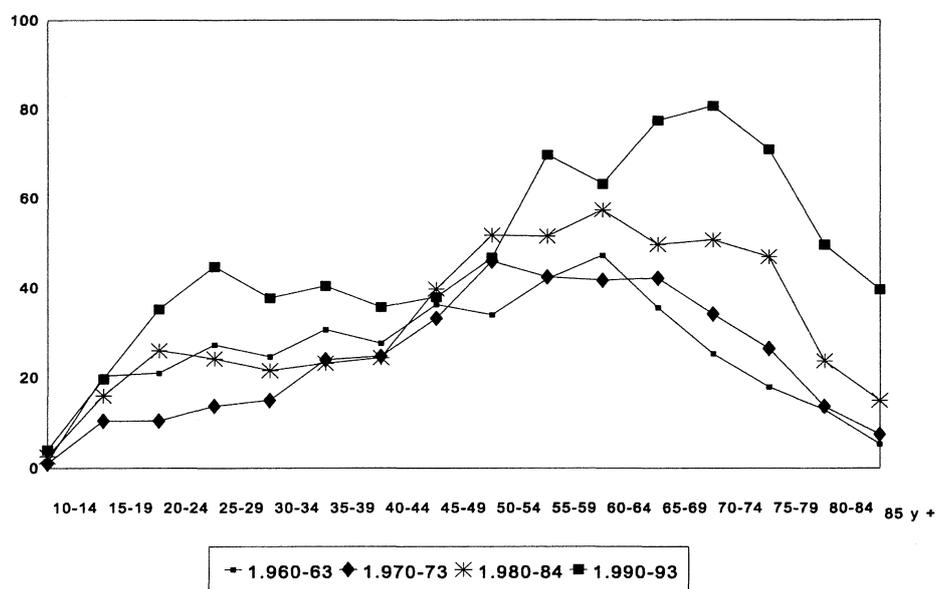


Fuente: Movimiento Natural de la Población. Elaboración propia.

FIG. 1.—Media de suicidios de varones, según edad.

observaba también en los datos referidos a 1980 sólo que se producía en el grupo de edad anterior. Parece, por tanto, como si existieran en la actualidad «varias crisis» en el suicidio masculino: dos de enorme importancia por su volumen como son la de la juventud (grupo 25-29) y la del inicio de la vejez, coincidente con el abandono de la actividad laboral (grupos 60-69) y una de menor magnitud en torno a los 75-79 años.

Si ésta es la evolución y estructura del suicidio masculino, su explicación podría encontrarse, básicamente, en los problemas de entrada y salida de la vida laboral —o si se quiere de adaptación e integración social a través del empleo—; no en vano la jubilación no sólo trae consigo el abandono de la actividad laboral (la ruptura de un estilo de vida especialmente cuando el sentido de la misma se basaba en el trabajo) sino que además supone el inicio de la vejez, hecho éste que es entendido como negativo por nuestra sociedad, especialmente si la jubilación conlleva el cobro de una pensión baja. «Se les arrincona al convertirse en *jubiladas* y se les estigmatiza al etiquetarlas como *viejas*» (Bazo



Fuente: Movimiento Natural de la Población. Elaboración propia.

FIG. 2.—Media de suicidios de mujeres, según edad.

Royo, M. T. 1989: 408)¹². No conviene perder de vista que los hombres consideran que el paso de la edad adulta a la vejez se produce a los 70 años (CIRES. 1992: 432)¹³.

La edad en torno a los 25 años supone otro momento bastante conflictivo en la vida de las personas en la medida en que coincide con el final de la etapa académica y la incorporación al mercado de trabajo como paso previo y casi necesario hacia la emancipación familiar. El paro, que afecta especialmente a los jóvenes, no sólo impide su separación de ésta sino que conduce a la necesidad de prolongar la convivencia familiar, ya que actualmente para alcanzar un cierto status socioeconómico es imprescindible tener un lugar en el mercado de trabajo. Este desfase entre el ser y el querer ser, la supervaloración de los sím-

¹² Bazo Royo, M. T. (1989): *La tercera edad en la sociedad contemporánea: el análisis sociológico de la situación de los ancianos/as de Bilbao*. Tesis Doctoral. Univ. de Deusto. Microfichada.

¹³ Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social (CIRES) (1992): *La realidad social en España. 1990-91*. Bilbao. Ed. Fundación BBV, Bilbao Bizcaia Kutza y Caja de Madrid.

bolos materiales como signo de éxito, especialmente el dinero, hecho éste que ya fue puesto de manifiesto en la sociedad española de los años 1970 en el Informe Foessa de ese año (1970: 613)¹⁴, constituyen un movimiento reflejo de frustración. Pero aún más, en la década de los ochenta se ha acentuado un fuerte proceso de dualización social como consecuencia de un desarrollo económico marcado por una fuerte desindustrialización junto a un crecimiento de los servicios de baja productividad generador de empleos de baja cualificación¹⁵. Esta expansión del empleo de baja cualificación no es un proceso aislado sino profundamente relacionado con el propio cambio sufrido en la cualificación o descualificación «interna» de los sectores productivos como consecuencia de los avances tecnológicos. Los cambios operados en el mercado de trabajo han consolidado un segmento superior compuesto por los sujetos con empleo estable, bien remunerado, alta formación general y específica, elevadas posibilidades de ascenso y total control sobre el proceso productivo: son profesionales, técnicos superiores, directivos..., y mayoritariamente son varones, de edad intermedia, nacionales y físicamente intactos. El sector inferior estaría compuesto mayoritariamente por jóvenes, mujeres, y personas de más edad, minusválidos y extranjeros pobres que están o bien excluidos del trabajo, o con una inserción precaria en él, tanto por la duración de su contrato y su bajo salario, como por la carencia de coberturas y seguros (Fundación Foessa. 1994: 273-330)¹⁶. Todo ello a pesar de que esta mayor permanencia de los jóvenes dentro de la unidad familiar se está realizando, cada vez más, en un marco de tolerancia y comprensión (Martín Serrano, M. 1992)¹⁷ en el que los hijos reciben todo el apoyo material y emocional que cada padre puede proporcionar, es el denominado como modelo inductivo de apoyo (Alberdi, I. 1995)¹⁸.

¹⁴ Fundación Foessa. (1970): *Informe sociológico sobre la situación social de España*. Madrid. Ed. Euramérica.

¹⁵ Pueden verse, entre otros: Vázquez Barquero, A. y otros (1991): *Las relaciones laborales en España*. Madrid. Ed. Siglo XXI.; Muñoz del Bustillo, R. (1993): «Salarios, desempleo y calidad del empleo», en Albarracín, J. (1993): *La larga noche neoliberal. Políticas económicas de los ochenta*. Madrid. Ed. Icaria.

¹⁶ Fundación Foessa. (1994): *V Informe sociológico de la situación social de España*. Madrid. Ed. Euramérica.

¹⁷ Martín Serrano, M. (1992): *Los valores actuales de la juventud en España*. Madrid. Instituto de la Juventud, Ministerio de Asuntos Sociales.

¹⁸ Alberdi, I. (dir.) (1995): *Informe sobre la situación de la familia en España*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

Por el contrario, el suicidio en la mujer presenta una evolución y, sobre todo, una estructura totalmente diferente. La curva de 1960 nos muestra una evolución pausada, sin grandes oscilaciones hasta que se toca techo en el grupo de edad 60-64, para a partir de ese momento descender. La de los años 70 empieza a dar forma a lo que, con el paso del tiempo, podría definirse como *modelo femenino* de suicidio caracterizado por la importancia que adquieren las muertes en edad adulta frente a las de la juventud, muy presentes —como se acaba de ver— en el caso del varón. La forma que adquiere la curva tiene su origen no tanto en el incremento de los suicidios en edad adulta cuanto en el descenso de los que se producen en las jóvenes (recuérdese la ligera tendencia a la reducción del número de suicidios que se producen en esta década con respecto a la anterior). A partir de esa fecha, los suicidios se incrementan de forma progresiva en casi todas las edades hasta dibujar en 1993 una curva definida por su paulatina elevación hasta el grupo de edad 25-9 (45), momento a partir del cual los suicidios se estabilizan hasta los 50 años. A partir de aquí se produce su ascenso, teniendo como cotas significativas los 55-59 años y, sobre todo, los 70 y 74 con una media de 81 casos. El descenso que se produce a partir de ese momento, al igual que ocurría en el caso del hombre, se realiza de forma vertiginosa. Ahora bien, en analogía con el sexo masculino los suicidios en las ancianas son elevadísimos —cerca de 40— tanto si los comparamos con los existentes en 1960, sólo 9, o con los de cualquier otra edad de 1990 (hay que buscar en los grupos de edad de más de 50 años valores superiores al que acabamos de reseñar para las ancianas españolas). Pero además de las ya comentadas existe otra diferencia, a nuestro entender bastante significativa, como es que en la mujer el mayor número de suicidios se produce diez años más tarde que en el hombre, en torno a los 75 años.

Mientras que en el varón la jubilación está presente en el entorno del suicidio, en la mujer lo está el deterioro físico que afecta a la salud y a su capacidad de autodependencia junto a la pérdida del cónyuge y el consiguiente reforzamiento del sentimiento de soledad. En efecto, «la importancia emocional que tiene la pareja en nuestra sociedad, ya predominan los aspectos positivos o negativos, es muy elevada, apareciendo el marido o la mujer, el novio o el compañero, como el otro más significativo en la definición personal del individuo. Por todo esto la ruptura personal y social que supone la muerte del cónyuge es tan importante»

(Instituto de la Mujer. 1987: 846)¹⁹. La incidencia de la viudedad es especialmente severa con la mujer como consecuencia de la división de la sociedad en dos esferas segregadas: lo público o social, especialmente destinado al hombre, y lo doméstico y privado, destinado preferentemente a la mujer. «El fallecimiento del esposo supone un corte brusco con el espacio social exterior que afecta a toda la familia y, sobre todo, a la mujer viuda, que queda, en la mayoría de los casos, sin las entradas económicas que el marido conseguía mediante su actividad exterior y sin la red de relaciones sociales y de identidad que esta actividad le proporcionaba» (Alberdi, I. y Escario, P. 1986: 21)²⁰. De igual modo, es de destacar, en comparación con el hombre, el vigoroso crecimiento de los suicidios producidos en las mujeres comprendidas entre los 45-49 y 55-59 años (momento que coincide con las transformaciones que de todo tipo genera la menopausia junto con los traumas generados por las rupturas matrimoniales bien sea por divorcio o viudedad), como lo demuestra el hecho de que en esos diez años los valores casi se duplican al pasar de 38 a 70 el número de muertes registradas.

En definitiva, cuando se analiza el sexo y la edad en las muertes por suicidio se pueden encontrar algunas similitudes como puede ser la importancia del suicidio en la población, en términos generales, vieja y, sobre todo, de más de 85 años. Pero también diferencias fundamentales que podrían señalar la existencia de *dos modelos* de suicidio de acuerdo a estructuras por edad y sexo diferentes; así, mientras el *masculino* viene marcado por dos momentos, dos cimas, en los que los suicidios se disparan coincidiendo con el inicio y el fin de la actividad laboral, en el *femenino* la curva sólo presenta una elevación pronunciada en la edad adulta vieja, coincidiendo con la ausencia de la salud, la pérdida de la autonomía personal y el dominio de la soledad.

Hasta ahora hemos comentado algunos aspectos sobre la base del volumen total de suicidios, una forma de aproximarnos con algo más de profundidad es relacionarlos con la población existente en los diferentes grupos de edad y sexo, es decir, a través de las denominadas *tasas de suicidio* por cada 100.000 habitantes. Esta forma de medir la importancia del suicidio permite paliar las distorsiones que los distintos

¹⁹ Instituto de la Mujer (1987): *Situación social de la mujer en España*. Madrid. Ministerio de Cultura.

²⁰ Alberdi, I., y Escario, P. (1986): *Estudio sociológico sobre las viudas en España*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

volúmenes de población generan sobre el número de suicidios de los diferentes intervalos de edad.

Como es sabido las tasas de suicidio varían considerablemente de unos países a otros. La Organización Mundial de la Salud nos incluía en 1990 en el grupo que registraba las menores tasas, por debajo del 7/100.000²¹, muy lejos de aquéllos en los que sus tasas se situaban por encima del doble, más de 15/100.000²².

Si observamos el Cuadro II, lo primero que salta a la vista es que, en cualquiera de los momentos históricos que eligiésemos desde 1960, se produce una elevación de la tasa conforme se incrementa la edad de las personas al punto de situarse ésta en 1990 en el 28 por 100.000 para la población de más de 85 años. Del mismo modo, se pueden observar las bajas tasas de suicidio registradas en 1980 con respecto a 1960 y 1970, sobre todo si se tiene en cuenta que en esos momentos se está produciendo el vertiginoso despegue de los suicidios en nuestro país. La única explicación que permite entender esta supuesta incongruencia es el regreso de los emigrantes y con ello el consiguiente incremento del volumen de población de hecho existente. Así es, las tasas se incrementan en los jóvenes mientras descienden en las edades adultas y viejas, especialmente de sexo masculino, aquéllos, en definitiva, que habían protagonizado la emigración europea de décadas pasadas. Por último, debemos comentar la subida, más que notable, de las tasas de suicidio en 1990 para la población comprendida entre los 20 y 34 años y para la de más de 65, sobre todo a partir de los 75 años. Pareciera como si, con los datos comentados hasta ahora, el suicidio tuviese en los últimos años una dimensión básicamente anciana.

«La enfermedad o la falta de salud física o psíquica llevan a la auto-destrucción a un 80,3% del total de los ancianos que, con causa conocida, llegan a este final» (Hernández Rodríguez, G. 1996: 145)²³. En efecto, «la salud, o por mejor decir su ausencia, es uno de los aspectos más importantes de la vida y sobre todo en las vidas de las personas mayores, dada la influencia de esta variable en otras, como la percepción que se

²¹ El grupo estaba compuesto por: Argentina, Bahamas, Bahrein, Barbados, Belice, Costa Rica, Chile, Ecuador, España, Grecia, Guayana, Guatemala, Israel, Italia, Kuwait, Malta, Martinica, Mauritania, México y Venezuela.

²² Los países que forman este grupo son: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Hungría, Rusia, Surinam, Sri Lanka y Suiza.

²³ Hernández Rodríguez, G. (1996): «El suicidio en la ancianidad en España», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 73, pp. 127-148.

CUADRO II

TASAS DE SUICIDIOS SEGÚN EDAD Y SEXO A NIVEL NACIONAL (tantos por 100.000)

Años	Varones							
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1960-63	0,60	2,94	4,05	6,10	7,02	6,65	7,10	9,85
1969-71	0,41	1,71	3,38	3,41	3,07	6,70	10,24	13,40
1980-82	0,63	2,96	6,42	6,46	6,04	6,51	7,27	8,65
1990-92	0,93	4,55	9,49	11,61	10,25	10,17	8,78	11,35
Años	Mujeres							
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1960-63	0,09	1,53	1,69	2,46	2,36	2,56	2,35	3,35
1969-71	0,08	0,75	1,03	0,86	1,38	2,24	2,81	3,45
1980-82	0,12	0,88	1,66	1,67	1,39	1,91	2,25	3,38
1990-92	0,31	1,19	2,29	2,93	2,41	3,17	2,93	3,47
Años	Ambos sexos							
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1960-63	0,35	2,24	2,89	4,27	4,66	4,58	4,69	6,54
1969-71	0,25	1,23	2,23	2,11	2,21	4,43	6,29	8,09
1980-82	0,38	1,94	4,06	4,09	3,72	4,22	4,73	5,99
1990-92	0,63	2,90	5,96	7,32	6,35	6,67	5,85	7,39

Fuente: Movimiento Natural de la Población. Estadística por causas de muerte. Elaboración propia

tienen de sí mismo/a y del mundo circulante. El estado de salud determina en qué actividades o tareas puede uno/a implicarse. Igualmente la presencia o ausencia de buena salud tienen que ver con la capacidad de mantener la independencia y autonomía personal» pero además la salud tiene una fuerte relación con la soledad, «tanto varones como mujeres se sienten en mejor estado de salud cuando no se sienten solos/as» (Bazo Royo, M. T. 1989: 193 y 215)²⁴. Salud y soledad en el caso de los ancianos tiene que ponerse en relación con su situación económica que si bien, es lógico, ha mejorado en los últimos años presenta serias deficiencias para una parte importante de esta población, tal y como lo pone de manifiesto el hecho de que «el conjunto de la población mayor

²⁴ Bazo, M. T. (1989): «Personas ancianas: salud y soledad», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* n.º 47, pp. 193-223.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS SUICIDIOS...

Varones								
50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Total
13,96	17,84	16,83	18,03	25,68	23,73	0,00	0,00	8,77
12,69	15,75	23,11	27,34	29,49	26,47	0,00	0,00	8,98
10,97	13,26	15,09	13,13	19,50	26,31	33,85	38,42	8,41
12,92	16,39	18,06	20,85	26,60	10,80	51,53	60,04	12,69
Mujeres								
3,69	4,75	5,74	5,01	4,72	5,20	0,00	0,00	2,88
4,57	4,81	6,03	7,72	8,16	7,85	0,00	0,00	2,85
3,84	4,21	6,14	5,53	5,83	7,42	6,14	6,42	2,86
4,50	6,21	5,70	7,71	10,20	11,17	11,89	13,31	4,27
Ambos sexos								
8,49	10,78	10,81	10,78	13,45	12,13	0,00	0,00	5,72
8,42	9,92	13,64	16,20	17,11	19,66	0,00	0,00	5,79
7,33	8,59	10,19	8,85	11,59	14,86	15,95	16,34	5,56
8,62	11,15	11,58	13,76	17,10	22,74	26,21	27,79	8,37

ha tenido que tomar alguna medida de restricción económica desde que cumplió los 65 años; por lo que es congruente con que casi la mitad de la muestra realizada crea que, en líneas generales, las personas de su edad tienen un nivel de vida inferior al de la mayoría de los españoles o que casi una tercera parte de los ancianos hayan tenido que disminuir los gastos de alimentación y vestuario, una vez cumplidos los 65 años» (Rodríguez Zúñiga, L. 1989: 373-8)²⁵.

Cuando se observa el comportamiento de esta tasa en función del sexo, se vuelven a repetir algunos aspectos ya comentados con anterioridad. Nos referimos a la similitud existente en la evolución de las tasas masculinas y las del total de población o los bajos valores

²⁵ Rodríguez Zúñiga, L. (1989): «Situación social de los viejos en España». Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. *Encuestas y Estudios* n.º 21.

que se observan a inicios de los ochenta con respecto a décadas anteriores, bien es cierto que con una salvedad importante como es el hecho de que éstas, cuando se analiza sólo a los hombres, se disparan de forma vertiginosa. Este hecho es especialmente llamativo cuando nos fijamos en la población de más de 75 años, duplicando e incluso triplicando los valores existentes para el total de la población (ver cuadro II). Se puede por tanto concluir, y enlazando con lo que se afirmó en el párrafo anterior, que el suicidio en los últimos años se ha convertido en una realidad que afecta fundamentalmente a la población anciana masculina (más de 75 años). Ninguna teoría explica de forma satisfactoria el porqué de su diferencia con la mujer, aunque la interpretación más extendida señala que en la sociedad occidental la jubilación y el deterioro físico son vividos de forma más devastadora por la autoestima del hombre que por la de la mujer. Entre los factores que se apuntan como desencadenantes se señalan, entre otros, la presencia de una enfermedad orgánica grave, o de un trastorno mental, temor a la dependencia, a la institucionalización o la muerte de la pareja. Todos estos aspectos parecen estar asociados al deseo de escapar de una situación intolerable (Sarró, B. y De la Cruz, C. 1991: 68)²⁶. No en vano, las personas mayores viven cada vez más solas y esa tendencia se refuerza en el caso de las mujeres como lo ponen de manifiesto los análisis realizados sobre las familias monoparentales: «las mujeres tienden en mayor número a mantenerse solas después de la separación, el divorcio o la muerte del cónyuge, mientras los hombres tienden a casarse después del divorcio o la muerte de la esposa» (Alberdi, I. 1988: 101)²⁷. La situación de estas familias se agrava en el caso de la mujer tanto por las dificultades que impone el mercado de trabajo como por lo reducido de las pensiones de viudedad, especialmente cuando existen hijos dependientes.

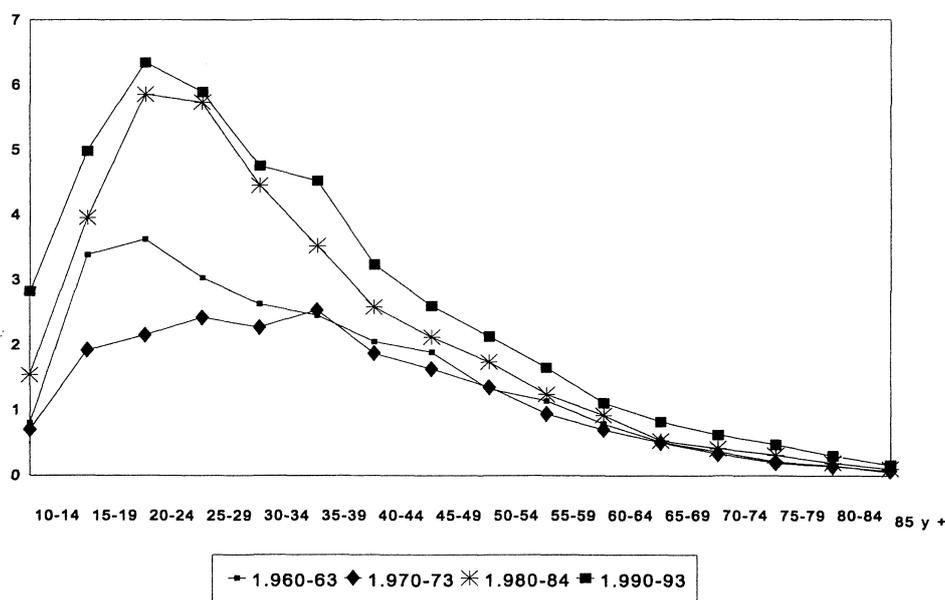
Las tasas de la mujer introducen algunas novedades de sumo interés. Sus valores son mucho más quebrados —en dientes de sierra— que las del hombre además de presentar unos índices muy inferiores a los de aquél en todas las edades, especialmente entre la población de 20 y 34 años y de más de 75 donde el varón cuadruplica las tasas de la mujer.

²⁶ Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991): *Los suicidios*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca, S. A.

²⁷ Alberdi, I. (1988): «Las mujeres viudas y las familias monoparentales», en: AA. VV. (1988): *Las familias monoparentales*. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.

Esa relación 4 a 1 se convierte en más desfavorable para la mujer (3 a 1) en las edades comprendidas entre los 50 y 60 años. Otro hecho que llama poderosamente la atención es que las tasas femeninas de los primeros ochenta presentan valores «más normales», es decir, no ocurre como en el hombre que eran los más bajos de todo el periodo analizado, lo que ratificaría que en el caso de éste las tasas de los 80 se deben, no al descenso de los suicidios tal y como se vio, sino al retorno de emigrantes.

La última aproximación global de la evolución del suicidio en nuestro país se ha producido a través del *porcentaje que suponen éstos sobre el total de defunciones*, para ello se han realizado la figura n.º 3. La forma de tobogán que adquieren las curvas, con matices lógicamente entre unos años y otros, nos pone de manifiesto otra realidad del suicidio cual es la importancia que alcanzan éstos en las edades más tempranas de la vida al punto de superar el 6% de todas las muertes en la población comprendida entre los 20 y 29 años. Este hecho convierte al suicidio en una de las causas fundamentales de muerte en la población joven. Esa



Fuente: Movimiento Natural de la Población. Elaboración propia.

FIG. 3.—Porcentaje de suicidios de ambos sexos sobre el total de defunciones.

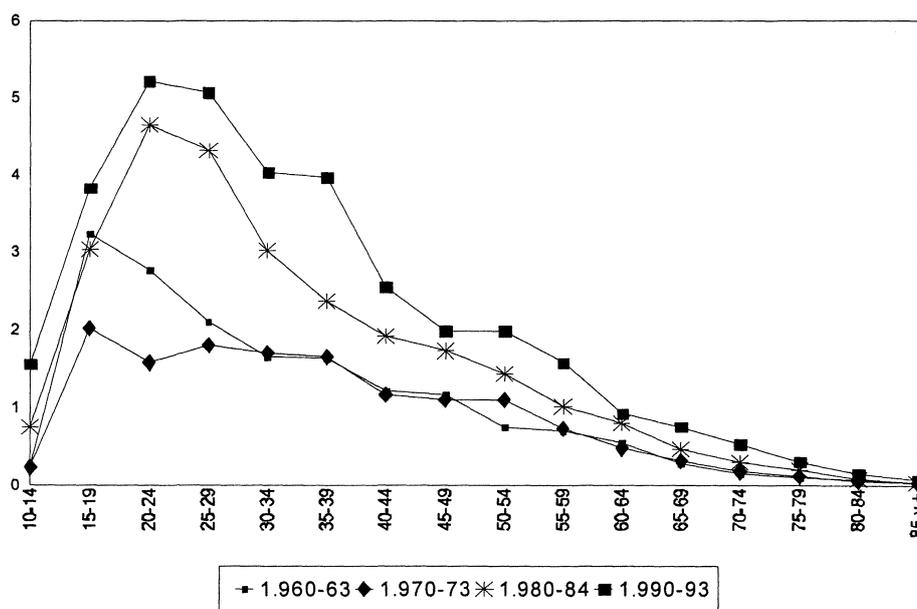
importancia empieza a descender conforme se avanza en la edad de la población, hecho que se encuentra en lógica sintonía con el incremento generalizado del total de defunciones. Del mismo modo es más que preocupante el hecho de que este tipo de muertes incremente su importancia en los adolescentes (aquellos comprendidos entre 10 y 14 años); no en vano, y a pesar de su escasa significación tanto en valores absolutos como relativos, su importancia porcentual ha pasado del 0,56 entre 1966-69 a cerca del 3% en 1990-93. El simple hecho de que exista suicidio a esa edad, y más grave aún que éste se incremente (nos encontramos en la edad en la que se produce el paso de la niñez a la juventud según señala la encuesta del CIRE93 —14,9 para las niñas y 15,8 para los niños—), se convierte, a nuestro entender, en uno de los aspectos más llamativos, preocupantes y dignos de reflexión. Entre algunas de las múltiples variables asociadas a la conducta suicida del adolescente, los especialistas señalan: «la presencia de trastornos depresivos, de personalidad, de abuso de alcohol y otras sustancias, sentimientos de desesperanza y preocupación por la muerte, problemas con la familia y los amigos, problemas de salud y antecedentes familiares de depresión y de conductas suicidas y violentas» (Sarró, B. y De la Cruz, C. 1991: 66). Otros autores señalan la importancia decisiva de las anomalías en la estructura familiar en la conducta del suicida, especialmente en niños y jóvenes. «La privación parental, durante la infancia, por ausencia física de uno de los progenitores; las carencias afectivas y las malas relaciones interparentales, son constantes en la conducta suicida, especialmente en jóvenes» (Gracia Marco, R. 1987: 411)²⁸.

Si se analiza con más detenimiento las diferentes curvas desde 1960 se puede comprobar que en cualquiera de ellas es en las edades jóvenes en las que las muertes por este tipo de causas adquieren una mayor relevancia porcentual. Tal es así, que cuando se produce el incremento del número de suicidios durante los 80 y 90, los porcentajes de estas muertes se elevan sobremanera en esos mismos tramos de edad; del mismo modo cuando se produce su reducción, hecho que ocurrió a principios de 1970 con respecto a los iniciales 60, ésta afecta a las edades menores de 35 años. Por último, los valores que presenta la serie de 1990 son los mayores de todo el gráfico sea cual sea la edad que contemplemos,

²⁸ Gracia Marco, R. (1987): *Aportaciones al estudio de la personalidad en la tentativa de suicidio*. Tesis Doctoral defendida en la Univ. de La Laguna. Microfichada.

bien es cierto que éstos cuando se sobrepasan los 50 años presentan niveles próximos al 2 %.

La introducción de la variable sexo añade pocos elementos novedosos especialmente en el sexo masculino. Sólo nos gustaría comentar la posible incidencia que el SIDA pueda estar teniendo como detonante del suicidio en los hombres, no en vano a la altura de 1995 las muertes por esta causa se han convertido en las más importantes para los hombres de entre 20 y 39 años²⁹. Por el contrario, en el caso de la mujer (ver figura n.º 4) sí existen algunos aspectos peculiares. El primero, y más llamativo, es la irregularidad que presenta la curva, sobre todo la referida a 1990, destacando la elevación que se produce entre los 50 y 59 años. El segundo es la edad en la que se registra el mayor porcentaje de suicidios sobre el total de defunciones que pasa a situarse entre el grupo 20-4 y



Fuente: Movimiento Natural de la Población. Elaboración propia.

FIG. 4.—Porcentaje de suicidios de mujeres sobre el total de defunciones femeninas.

²⁹ Según los casos de defunción notificados en el Registro Nacional del Sida a mediados de 1995, un 81,7 % han correspondido a varones y el 83 % a edades comprendidas entre los 20 y 39 años.

25-9 (téngase en cuenta que en décadas anteriores se situaba entre los 15 y 19 años). Del mismo modo, el suicidio entre los 10 y 14 años en las mujeres supone el 50 % del que se produce en el caso del hombre.

La distribución espacial del suicidio en nuestro país

Como geógrafos de formación y profesión estamos especialmente interesados en conocer la distribución espacial de los procesos y fenómenos sociales, y el suicidio es uno de ellos. De hecho, una de nuestras intenciones fundamentales cuando se inició la recogida de información era ésta, tal y como ya se dijo. Para ello hemos recurrido al mayor nivel de desagregación que la fuente permitía, el provincial. Mientras la variable sexo siempre se ha tenido en cuenta, la edad sólo era posible rastrearla a partir de fechas muy recientes, lo que impedía su seguimiento a lo largo del tiempo.

Con la información recogida se han calculado tanto el número medio quinquenal de suicidios según sexo que se producen en cada provincia española en cuatro momentos diferentes coincidiendo con el inicio de las cuatro décadas que abarcan el estudio como las tasas de suicidio correspondientes representadas cartográficamente

Empezamos por el principio, sobre el volumen medio de suicidios poco se puede decir salvo que las diferencias en cuanto a su cuantía son enormes en sintonía, lógicamente y *a priori*, con los volúmenes de población de cada una de nuestras provincias o incluso, como apuntara Estruch y Cardús (1982: 73), «con la eficacia administrativa». Aunque sólo sea, por ahora, en el ámbito de lo anecdótico, existen 8 provincias españolas en las que se sobrepasó entre 1989-93 como media los 100 óbitos destacando Barcelona con 325. En el extremo opuesto, otras ocho tienen menos de 20 incluidas Ceuta y Melilla. Para terminar con este recuento, 11 provincias de nuestro país tenían un nivel de suicidios en 1990 similar al de 1960, 5 tienen menos y las 34 restantes más.

Mucha más información es la que nos ofrecen las tasas de suicidio provinciales con las que se han confeccionado la cartografía que se acompaña. Pero antes de su comentario es necesario realizar una precisión de carácter metodológico. Los intervalos que aparecen en los diferentes mapas se han obtenido atendiendo a los siguientes criterios. Partiendo de la tasa nacional se han establecido cinco grupos:

- Valores por debajo de la media nacional.
- Valores en torno a la media nacional, entendidos como todos aquéllos que fluctúan en torno a ella sin superarla en un ± 10 %.
- Valores situados entre la media nacional pero sin sobrepasarla en un 50 %.
- Valores comprendidos entre más del 50 % y menos del 100 % de la misma.
- Valores que alcanzan o sobrepasan el 100 % de la media nacional.

Los límites establecidos en los diferentes intervalos así como su número pueden ser, sin lugar a dudas, discutibles por aleatorios, bien es cierto que ello sería así sean cuales fueren los que se adoptasen. Nuestra intención no ha sido otra que intentar resaltar, en aras a la claridad de los mapas, las situaciones en las que el suicidio adquiere una especial relevancia por su mayor y negativa incidencia.

Pasemos a comentar la cartografía que aparece en la figura 5. La situación de partida, reflejada en el de 1960, nos presenta una España dividida en dos y cuya línea de separación partiría del sur de Zamora y llegaría hasta el norte de Almería. Conforme avanzamos hacia el norte de esta diagonal las tasas de suicidio presentan niveles situados en torno a la media o por debajo de ella, mientras que al sur las tasas se elevan y el mapa se oscurece. Es más, si observamos sólo los valores situados por debajo de la media nacional, es decir las provincias con menor tasa de suicidio, su distribución geográfica es claramente periférica al norte de la línea imaginaria antes trazada. Pero además de lo reseñado, este mapa nos enseña una segunda cuestión. Los mayores valores, al punto de suponer más del doble de la media nacional, que en ese momento se registran en España se localizan en el nordeste de nuestra geografía (nos referimos a las provincias de Gerona, Huesca, Tarragona, Teruel a las que se le añade, en el sur, Sevilla), uniéndose a la zona sur siguiendo una línea que conecta Tarragona, Teruel y Cuenca. Es en esta España norte en la que vamos a encontrar las tres provincias que registran los menores niveles de suicidio, por debajo de la mitad de la media del país, Vizcaya, Guipúzcoa y Soria³⁰. Por el contrario, casi toda Andalucía (sólo se quedan fuera las provincias de Cádiz y Almería),

³⁰ Algunos autores han querido ver en el fuerte componente religioso existente en las provincias vascas uno de los factores explicativos básicos de su menor nivel de suicidio.

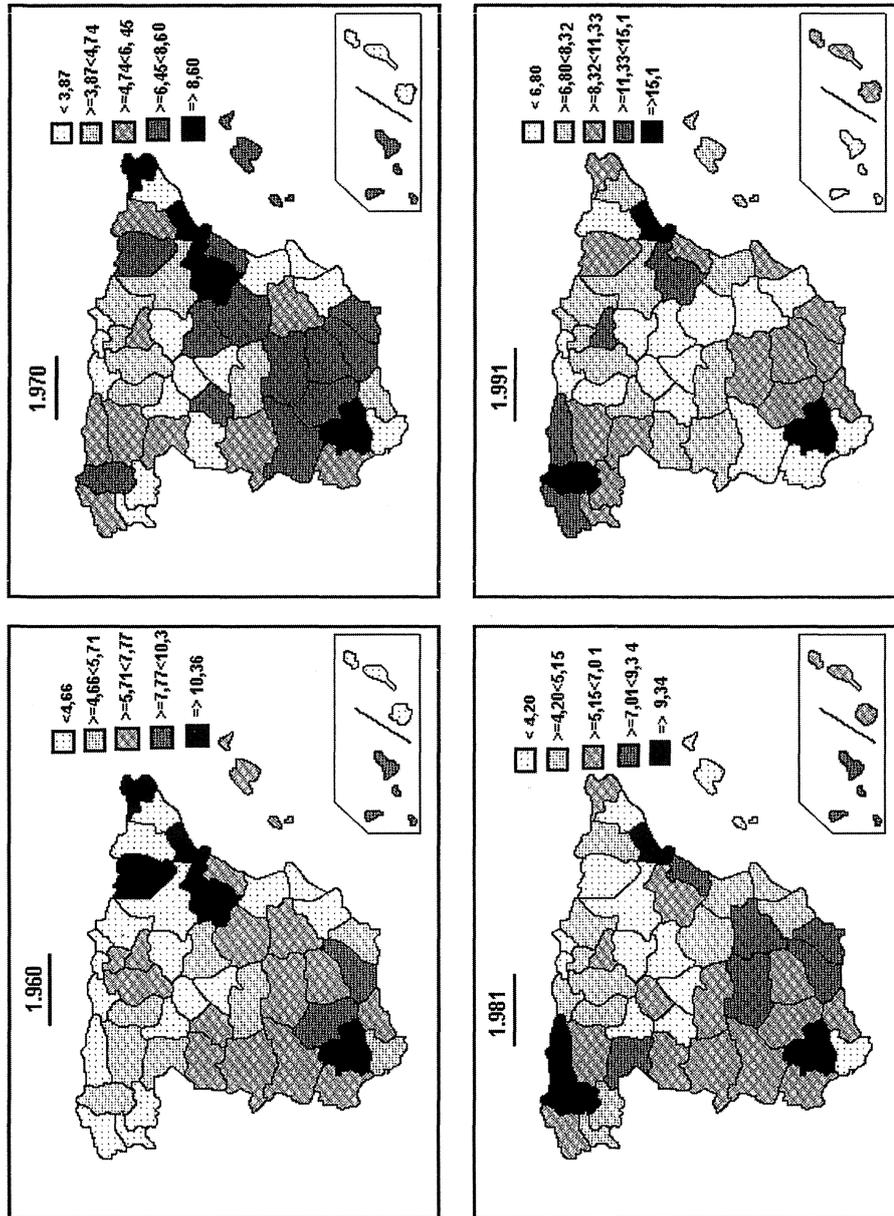


FIG. 5.—Tasas de suicidio de ambos sexos (tantos por 100.000).

Extremadura, el sur de Castilla-La Mancha junto a Salamanca forman un núcleo compacto, reducto siempre presente a partir de ahora de los elevados niveles de suicidio en nuestro país, al que se le unen Burgos, Logroño, Baleares y Tenerife.

Cuando se contempla la situación existente en 1970, los valores que superan la tasa de suicidio en nuestro país han ocupado nuevos territorios. Hecho que resulta más que llamativo si se tiene en cuenta que la tasa nacional sufre una reducción apreciable, del 5,18 al 4,30 por 100.000. La expansión se ha producido hacia el norte por las provincias limítrofes con Portugal hasta el Cantábrico y el norte de Galicia; del mismo modo, se potencia la prolongación hacia el este, ya observada en 1960, conquistando todo el nordeste peninsular, salvo Barcelona. Pero además de su expansión territorial, el suicidio ha incrementado sus valores en casi toda nuestra geografía, especialmente en las provincias que se situaban en los intervalos centrales (en torno a la media o un poco por encima o debajo de ella). El resultado de este proceso es, además del aumento de las provincias que presentan un alto nivel de suicidio (entre el 50 y el 100% de la media nacional³¹), la reducción del número de provincias que tienen menos de la media nacional, que pasan de 20 a 15, y, sobre todo, que dentro de ellas también se extremen los valores. Así es, mientras en 1960 sólo 3 de las 20 provincias antes citadas tenían menos de la mitad de la tasa nacional, en 1970 son casi la mitad (⁶³² de las 15). Por último, junto a los más que notables cambios señalados, se pueden observar algunas significativas permanencias como es el mantenimiento de aquéllas que en los años 60 presentaban tanto las mayores como las menores tasas de suicidio: Sevilla (de 43,11 en 1960 pasa a 41,65 en 1970), Teruel (de 12,08 a 10,34), Tarragona (14,51 y 11,48 respectivamente) y Gerona (10,91 frente 9,27), entre las primeras, y Vizcaya (se pasa de 2,39 en 1960 a 1,48 en 1970), Guipúzcoa (1,88 frente a 1,52) y Soria (0,97 y 0,66 respectivamente), entre las segundas. Cambio, expansión, radicalización y permanencia son las lecturas que nos ofrece el mapa de 1970.

³¹ Un dato demuestra con creces lo que comentamos: en el intervalo citado en 1960 sólo se encontraban tres provincias como eran Córdoba, Granada y Tenerife mientras que en 1970 lo hacían 14. Dicho de otro modo, cuando se tiene más suicidio que la media nacional se hace con valores muy elevados.

³² Tres de ellas ya estaban en este grupo en 1960 como eran Vizcaya, Guipúzcoa y Soria y otras tantas lo hacen ahora como son los casos de Valladolid al pasar de 3,67 a 1,16, Segovia de 3,19 se descende a 1,83 y Madrid al oscilar su valor entre el 3,31 de 1960 y el 1,71 de 1970.

Las posibles explicaciones de este proceso pueden ser rastreadas en las consecuencias de los movimientos migratorios. Piénsese que la fortísima reducción de la población favorece que las tasas aumenten incluso aunque se reduzcan los suicidios. Además la espita migratoria al favorecer la salida de la población más joven, la más emprendedora, es una puerta abierta a nuevas perspectivas que, ante su ausencia en tiempos pasados, habían terminado en muchos casos en suicidio. Recuérdese que la reducción general del suicidio en los 70 venía de la mano de la fuerte caída que se producía justo en estas edades. Por otro lado, el mantenimiento de la población de mayor edad en las zonas profundamente rurales favorece, sin que se eleve el número absoluto de suicidios, el ascenso de las tasas de estas provincias. Del mismo modo, las provincias que reciben migración dentro de nuestro país, son, en términos generales con las lógicas excepciones, las que mantienen o reducen sus bajos niveles de suicidio, tal y como ocurre con Madrid, Barcelona, la Comunidad Valenciana o el País Vasco. Por otra parte, uno de los factores que podrían explicar, en parte, la continua presencia de Sevilla y Tarragona como provincias de elevado suicidio, es el denominado «proceso de aprendizaje suicida», según Estruchs y Cardús. El suicida es una persona que previamente ha aprendido que el suicidio es un comportamiento posible, concebible, y que constituye una respuesta adecuada a determinadas situaciones. Cuantos más suicidios se den, mayores posibilidades habrá de que se sigan produciendo. Y ello porque todo comportamiento no sólo necesita legitimarse sino que, simultáneamente, crea legitimidad por el hecho mismo de su existencia y repetición.

El mapa referido a 1981 parece una combinación de los dos anteriores en la medida en que de nuevo aparece con claridad la división de «dos Españas» separadas por una diagonal imaginaria este-oeste que partiendo de Asturias desciende hasta Ávila pasa por Madrid y termina en Murcia. Del mismo modo se puede comprobar una significativa reducción de las provincias que sobrepasa la media nacional entre un 50 y un 100 %, sobre todo en las zonas de Castilla-La Mancha y de Andalucía occidental³³. Estos dos hechos nos recuerdan el mapa existente en 1960. Por el contrario, el mantenimiento de la importancia que el suicidio tiene en el extremo noroccidental, es, sin lugar a dudas, una «herencia» del

³³ Frente a las 9 provincias que se encontraban en esa situación en 1970, en 1981 se pasa a 16 fundamentalmente localizadas en la zona suroccidental.

de 1970. Con respecto a las situaciones extremas, tanto mínimas como máximas, se observan algunas diferencias dignas de ser resaltadas. Por lo que a las segundas respecta, se mantiene la presencia de Sevilla y Tarragona a las que se le suman Cantabria y Lugo, cuya evolución en los años anteriores hacía presagiar este desenlace. En las primeras se produce la desaparición de las provincias vascas mientras se mantiene la presencia de Soria y Madrid a las que se le une Barcelona, que ya en momentos anteriores había estado muy próxima a entrar. Por último, esa prolongación hacia el noreste de las tasas de mayor suicidio se sigue manteniendo aunque con una menor intensidad y ahora circunscrita a las provincias de Teruel, Castellón, Tarragona y Gerona.

Por tanto, al producirse en nuestro país una elevación de las tasas de suicidio se ha generado una suavización, un acercamiento al valor medio nacional reduciéndose, de esa manera, el número de provincias que superan en un 50 % la media nacional (en concreto menos de la mitad, 7). Éstas se localizan en dos grandes focos geográficos, como tendremos ocasión de analizar a continuación: en torno a Andalucía Oriental y en el extremo noroeste peninsular. El origen de esta «suavización» e «igualación» puede venir tanto de la generalización del fenómeno en provincias en las que antes éste tenía una menor presencia ligada al proceso de envejecimiento que empieza a manifestarse en nuestro país hasta alcanzar singular importancia en 1991, tal y como se verá, sin olvidar el carácter «habitual», casi «cotidiano», que este tipo de acontecimientos luctuosos están adquiriendo en los medios de comunicación, especialmente en la televisión, como del regreso de los retornados lo que ayudaría al descenso de estas tasas.

La representación correspondiente a 1991 es, sin lugar a dudas, la más clara de todas. La mayor parte de nuestro país se encuentra en valores en torno a la media o por debajo de ella mientras que las provincias que la superan se focalizan en torno a Galicia y Andalucía Oriental, tal y como ya se apuntaba diez años antes. Mucho más difusas permanecen otras provincias con altos niveles de suicidio en el nordeste del país. De nuevo se repite algo que se había observado ya en 1981 como es que el crecimiento importantísimo que sufren los suicidios y sus tasas en 1991 afecta a todo el territorio nacional con lo que los valores provinciales se igualan, se homogenizan. Las provincias con los valores máximos y mínimos vuelven a ser casi las mismas que existían en 1981.

El progresivo envejecimiento de la población española es, sin lugar a dudas, una, que no la única causa que explica la elevación espectacular del suicidio en nuestro país en los últimos años; no en vano se pudo comprobar cuando se analizó su estructura por edad el importante crecimiento que las tasas registraron en las edades más avanzadas. Pero si bien no discutimos su importancia, muchas más dudas se nos plantean cuando se intenta establecer una relación causa-efecto entre el grado de envejecimiento de una población y la importancia que el suicidio adquiere en ella. Si existiera esa relación causal las mayores tasas de suicidio se registraría en la mitad norte de nuestro país, especialmente en la no costera, mientras que Andalucía, Murcia y la Comunidad Valenciana serían las que menores tasas tuvieran. Pronto se puede concluir al cotejar los dos mapas que si bien en la zona noroeste pudiera existir una mínima relación ésta no se puede constatar en la zona sur y nordeste de nuestro país.

Cuando se introduce la variable sexo y se representan las tasas de suicidio por separado de varones y mujeres, los resultados son los que aparecen en las figuras 6 y 7.

Si nos detenemos en los que aparecen reseñados en la figura 6, los referidos a los varones, lo primero que resalta, tal y como viene ocurriendo desde el comienzo del trabajo, es que las diferencias con las representaciones que se realizaron para toda la población son mínimas y casi todas ellas centradas en variaciones provinciales de poca relevancia. Quizás las únicas destacables sean la acentuación del componente meridional del área que más suicidio registraba en 1960 al desaparecer del grupo las provincias de Salamanca, Segovia y Badajoz y el incremento del número de provincias que tienen tasas situadas en torno a la media nacional en 1991, lo que convierte a este grupo en el mayoritario al estar formado por 16.

Por el contrario cuando se representan las tasas femeninas las variaciones son bastante más importantes (ver figura 7). En 1960 no sólo se mantiene sino que se refuerza la separación este-oeste ya observada anteriormente en nuestro país, como lo denota el predominio de los valores que se encuentran por debajo de la media nacional (16 en total), aunque, al igual que ocurría en los dos casos anteriores, sigue existiendo en el extremo noreste un foco importante de suicidio. Otra de las novedades que nos muestra el mapa es la aparición de una zona de alto suicidio, que con el tiempo irá incrementando su presencia, en el ex-

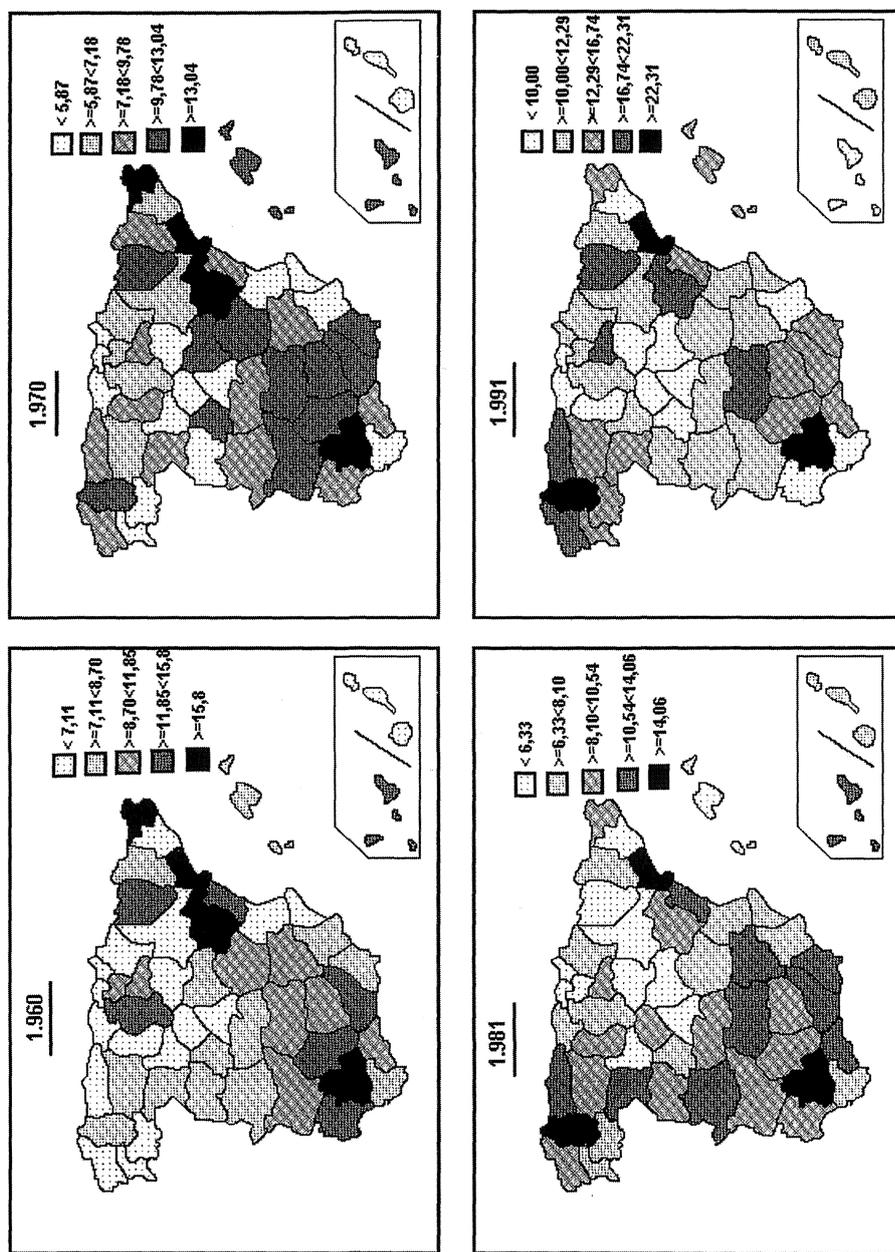


FIG. 6.—Tasas de suicidio de varones (tantos por 100.000).

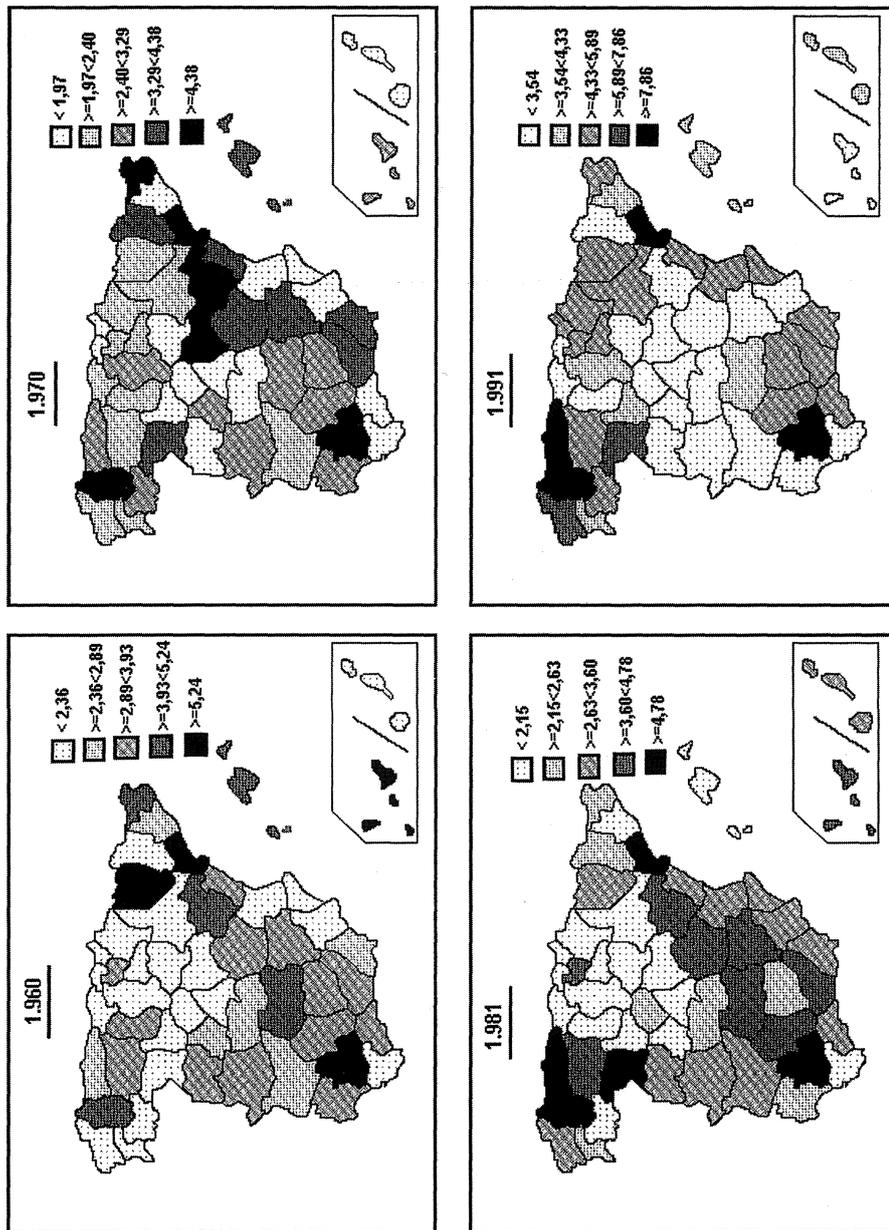


FIG. 7.—Tasas de suicidio de mujeres (tantos por 100.000).

tremo noroccidental de la Península en torno a Lugo y León. En 1970 el aspecto más llamativo es que, al contrario de lo que ocurría en los dos casos anteriores cuando los valores se extremaban en todo el país y especialmente en su zona sur, en el caso de la mujer se refuerza sobremanera el componente este, casi mediterráneo, con la excepción hecha de Murcia, Alicante, Valencia y Barcelona. En efecto, las 12 provincias que sobrepasan en un 50% la media nacional, exceptuando Lugo, Zamora y Sevilla, se encuentran unidas por una línea que partiendo de Granada y Almería llega a Gerona. En el año 1981 aparece como foco incuestionable a partir de este momento la zona noroeste de la Península; no en vano de las 5 provincias que duplican la media nacional 3 se encuentran allí. Aún más importante, a nuestro entender, es el incremento de las tasas de suicidio en las provincias del arco sureste tanto interior como y sobre todo —y esto es novedoso ya que nunca había aparecido para el hombre— costero, al incluirse dentro de las provincias que superan la media nacional Murcia, Alicante y Valencia. Por último, el de 1991 también muestra diferencias significativas con respecto a los varones. La primera es que los valores presentan una gran radicalización en las tasas de suicidio, al punto de ser casi inapreciables los situados en torno a la media nacional; sólo 8 provincias se encuentran en ese intervalo en el caso de la mujer mientras que en el caso del hombre lo hacían 16. Pero es más, las provincias con tasas por debajo de ella en el sexo femenino son 19 frente a las 13 de los varones. La segunda es que frente a los dos grandes núcleos en los que se concentran las tasas de suicidio en el caso de los hombres, para las mujeres éstos ascienden a cuatro: los dos citados en el caso de la población masculina a los que se unen la Comunidad Valenciana y las provincias en torno a Navarra y Zaragoza.

Es decir, en el caso de la mujer la distribución territorial del suicidio con respecto al hombre viene marcada por la importancia que adquieren tanto la zona noroeste como el arco mediterráneo, sobre todo, costero de nuestro país. De igual modo, frente a la relativa homogeneidad espacial que presentan actualmente las tasas de suicidio masculinas, las femeninas vienen definidas por su polaridad, por su carácter extremo.

Algunas conclusiones finales

Sin negar la fuerte dimensión individual y personal que tiene el suicidio, mantenemos su fuerte componente social sin la cual se estaría ne-

gando el cambio en los procesos y fenómenos humanos. Defendemos que los hechos deben ser pensados históricamente, aprehendidos en el tiempo y en el espacio en el que producen.

La década de los 90 viene marcada no sólo por una elevación espectacular del número de suicidios sino también por una modificación en la estructura por edad de los suicidas. Cambio que se ha traducido en el crecimiento de las muertes voluntarias en edades comprendidas entre los 24 y 35 años, apúntándose también el incremento espectacular, sobre todo en términos relativos, de las de más de 85.

La curva por edad del número de suicidios varía según el sexo; mientras en el caso del varón permite observar una «doble cima», en el de la mujer sólo se aprecia «una».

Las tasas de suicidio se incrementan con la edad. Del mismo modo, su evolución reciente pone de manifiesto la importancia que empieza a adquirir éste en la población joven, como lo demuestra el alto porcentaje que adquieren estas muertes sobre el total de defunciones a esas edades.

Las tasas provinciales de suicidio nos presentan en 1960 una España dividida en dos zonas claramente diferenciadas: una nordeste con bajos niveles de suicidio, excepción hecha de los territorios situados en torno a Cataluña donde éste es muy elevado, y otra suroeste con altas tasas. Por el contrario, en 1990 existen dos focos claramente localizados en Andalucía Oriental y Galicia, mientras las demás provincias presentan valores muy homogéneos en torno a la media nacional. Esta distribución territorial de las tasas de suicidio se modifica cuando se analizan las muertes femeninas en las que se incrementa tanto su componente nordeste y, sobre todo, sureste, mediterránea, a la vez que se extreman sus valores con respecto a los del hombre.

La elevación de las tasas de suicidio en la década de los 90 y su convergencia en torno a la media nacional tiene como una de sus causas explicativas el envejecimiento generalizado de la población en nuestro país, pero difícilmente se puede recurrir sólo a éste cuando se pretende comprender su distribución espacial.

Las diferencias entre las provincias de mayor y menor suicidio se deben a una intensificación del proceso sin que se produzcan cambios significativos en su estructura por edad y sexo. Esta profundización del fenómeno es especialmente significativa en las edades comprendidas entre los 25 y 34 años.

RESUMEN. El suicidio, como fenómeno que presenta además de una clara dimensión individual y personal un fuerte componente social, ha sufrido una importante elevación en sus cifras durante la década de los 90 al tiempo que ha presentado una notable modificación en su estructura por edad y sexo, siendo cada vez mayor la importancia que está adquiriendo entre la población joven. Desde el punto de vista espacial las tasas de suicidio de las provincias españolas se han ido aproximando a la media nacional entre 1960 y 1990, aunque persisten importantes diferencias entre ellas.

PALABRAS CLAVE: suicidio; causas de muerte; defunciones según edad y sexo.

RESUMÉ. Le suicide, comme un phénomène qui présente une claire dimension individuelle ainsi qu'un fort élément social, a subi une importante augmentation des chiffres pendant la décennie des 90, au même temps que son structure a été fortement modifiée pour l'âge et le sexe, étant la population des jeunes celle qui acquiert de plus en plus d'importance. Au niveau de l'espace, les taux de suicide des provinces espagnoles se sont approchés à la moyenne nationale entre 1960 et 1990, quoiqu'il y ait aujourd'hui d'importantes différences entre elles.

ABSTRACT. The suicide, as a phenomenon which presents the clear individual and personal dimension as well as strong social component, has suffered the important quantitative elevation during the decade of 90 when it has presented the visible modification in its structure due to age and sex, having the important characteristics of being acquired by young people. From the point of view of the rate, the number of suicides of Spanish provinces has approximated to the median national level between 1960 and 1990, though persist important differences between them.