

*CUADERNOS DE SALUD PUBLICA*

Nº 35

PREVENCION DEL SUICIDIO



# PREVENCION DEL SUICIDIO



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1969

© Organización Mundial de la Salud, 1969

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Servicios de Edición y de Documentación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las opiniones expresadas en los *Cuadernos de Salud Pública* son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

Les denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

# INDICE

	Página
Prefacio . . . . .	7
Introducción . . . . .	9
Medidas preventivas . . . . .	13
Prevención del desenlace mortal de los actos suicidas . . . . .	13
Prevención de la repetición de los actos suicidas . . . . .	14
Prevención del primer intento de suicidio . . . . .	15
Prevención del suicidio en las personas predispuestas . . . . .	16
Identificación de los grupos más predispuestos y asistencia a los mismos . . . . .	17
Organización de los servicios de prevención del suicidio . . . . .	23
Los servicios existentes . . . . .	23
Desarrollo de los servicios . . . . .	24
Programas de enseñanza y formación profesional . . . . .	29
Contenido y presentación . . . . .	29
Programas para el público en general . . . . .	29
Programas para el personal médico . . . . .	30
Programas para el personal de los servicios de salud mental . . . . .	31
Programas para enfermeras y asistentes sociales . . . . .	32
Programas para otros grupos profesionales . . . . .	32
Programas para el personal de los servicios especializados en la prevención del suicidio . . . . .	32
Estadística e investigación . . . . .	34
Estadísticas disponibles . . . . .	34
Métodos de recopilación de datos sobre el suicidio . . . . .	35
Tabulaciones estadísticas . . . . .	35
Valor de las estadísticas disponibles sobre el suicidio . . . . .	35
Mejoramiento de las estadísticas . . . . .	37
Investigaciones epidemiológicas y ecológicas . . . . .	38
Investigaciones clínicas . . . . .	39
Anexo 1. Notas . . . . .	41
Anexo 2. Factores relacionados con el suicidio y los intentos de suicidio . . . . .	56
Anexo 3. Tasas de mortalidad por suicidio en algunos países y según determinadas variables . . . . .	73
Bibliografía . . . . .	82

---



## PREFACIO

*La finalidad principal de este trabajo es llamar la atención de las autoridades sanitarias, nacionales y locales, sobre la importancia y naturaleza del problema del suicidio y las posibilidades de desarrollar una labor preventiva.*

*A fines de 1966 la OMS comenzó a reunir datos sobre la prevención del suicidio en diversos países, recurriendo especialmente para ello a la información facilitada por expertos que habían participado en la organización de servicios de prevención del suicidio y en investigaciones sobre este problema. En las discusiones intervinieron los siguientes especialistas:<sup>1</sup>*

Dr. T. Asuni, Neuropsychiatric Center, Aro Hospital, Abeokuta, Nigeria Occidental  
Dr. N. L. Farberow, Suicide Prevention Centre, Los Angeles, Cal., Estados Unidos de América

Profesor P. Kielholz, Psychiatrische Universitätsklinik, Basilea, Suiza

Dr. E. Ringel, Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik, Viena, Austria

Dr. P. Sainsbury, Director of Research, Medical Research Council Clinical Psychiatry Research Group, Graylingwell Hospital, Chichester, Inglaterra

Profesor E. Stengel, University Department of Psychiatry, Sheffield, Inglaterra

Dr. P. M. Yap, Senior Psychiatric Specialist, Medical Department, Hong Kong Psychiatric Centre, Hong Kong

### *Secretaría:*

Dr. P. Baan, Jefe del Servicio de Salud Mental, OMS, Ginebra

Sra. Joy Moser, Técnico, Servicio de Salud Mental, OMS, Ginebra

*Los Doctores Farberow y Sainsbury prepararon un proyecto de informe sobre las reuniones y más tarde la Secretaría de la OMS examinó las publicaciones sobre la materia y seleccionó algunos títulos para ilustrar y poner de relieve los razonamientos fundamentales. Esta publicación contiene, pues, un amplio resumen del informe mencionado y una biblio-*

<sup>1</sup> Algunos de los expertos mencionados pertenecen también al Comité Ejecutivo de la Sociedad Internacional para la Prevención del Suicidio que está contribuyendo, en gran medida, a despertar el interés por estos problemas.

*grafía crítica de la materia. El proyecto original fue sometido a varias revisiones en las que se tuvieron presentes las propuestas y los nuevos datos presentados por los expertos mencionados y por otros especialistas a los que se había dado a conocer el texto para que formularan observaciones. Quede en este lugar constancia expresa del agradecimiento debido, por su valiosa ayuda, a los colaboradores siguientes :*

Professor N. Kessel, University Department of Psychiatry, Manchester, Inglaterra  
Sir Aubrey Lewis, Professor of Psychiatry, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, Londres, Inglaterra

Dr. P. Prokupek, Instituto de Estudios Médicos Superiores, Departamento de Psiquiatría, Praga, Checoslovaquia

Dr. E. S. Shneidman, Chief, Center for Studies of Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, Maryland, Estados Unidos de América

Dr. A. Stoller, Chief Clinical Officer, Mental Health Authority, Victoria, Australia

*En las páginas siguientes se estudian las medidas preventivas, la organización de los servicios de prevención del suicidio, los programas de enseñanza y formación profesional del personal encargado de esos servicios y los problemas relacionados con la estadística y la investigación. El Anexo 1 contiene notas al texto e indicaciones bibliográficas. En los Anexos 2 y 3 se presentan en tablas o gráficos los datos recogidos en algunos estudios sobre el suicidio y los intentos de suicidio. La información se ofrece en esta forma para facilitar la referencia a los trabajos de investigación sobre determinados aspectos del suicidio; se indican también la importancia de los resultados de las investigaciones y algunas de las razones que explican las diferencias observadas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los datos no son estadísticamente comparables debido a las diferencias entre los tipos de población estudiados y los métodos de investigación que se han seguido. Es de esperar que la información detallada recogida en los Anexos sirva de base para emprender los estudios que tanta falta hacen sobre la prevención del suicidio.*

---

# INTRODUCCION

## IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La prevención del suicidio (1)<sup>1</sup> es una función importante encuadrada en el campo de la salud pública. Aunque son muchas las regiones de las que no se tienen datos fidedignos, se calcula que, como término medio, se suicidan diariamente en el mundo mil personas. La cifra, de cientos de miles, de seres humanos que todos los años ponen fin a su vida representa solamente un aspecto de la totalidad del problema relacionado con el suicidio. Según cálculos muy prudentes, la proporción entre los intentos de suicidio y los suicidios es de ocho a uno (2). En consecuencia, todos los años hay en el mundo varios millones de personas que atentan contra su propia vida.

Desde hace muchos años, el suicidio se encuentra entre las cinco o diez primeras causas de defunción en la mayoría de los países europeos y en Norteamérica. Es más, la disminución que, desde hace años, se observa en las tasas de mortalidad de muchas enfermedades somáticas no se refleja en las tasas de suicidio. Por otra parte, la investigación ha demostrado que, en los países en desarrollo, el problema del suicidio tiene una importancia insospechada hasta ahora.

Según datos muy recientes de 21 países (1961-63) el promedio anual de suicidios oscila entre 7,1 y 33,9 por 100 000 habitantes, en el grupo de edad de 15 o más años.<sup>2</sup> Algunos investigadores opinan que, probablemente, las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados (3). El hecho de que no se notifiquen muchos casos se debe a una combinación de factores tales como la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones, de carácter judicial y social, que tal calificación pudiera tener para la familia del muerto; en algunas ocasiones, el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produce la muerte.

<sup>1</sup> Los números entre paréntesis corresponden a las notas del Anexo 1.

<sup>2</sup> Véase el Anexo 3.

Si bien, en general y a todas las edades, las tasas de suicidio correspondientes a los hombres son mucho más elevadas que las de las mujeres, en muchos países se advierte una tendencia ascendente en estas últimas y un descenso en las primeras.

Las tasas nacionales llegan al máximo en las personas de edad avanzada, pero, por lo elevado de las tasas de defunción correspondientes a otras causas, el suicidio no alcanza una proporción destacada como causa de defunción en la vejez. Por otra parte, la tasa desciende en algunas regiones después de los 65-75 años, particularmente en las mujeres. En el gráfico de algunos países, pocos en número, aparece en la curva una elevación secundaria, aunque muy inferior, que corresponde a los grupos de población comprendidos entre los 15 y 24 años. Este fenómeno se debe a que, a esas edades, la tasa general de mortalidad es baja, por lo que el suicidio puede aparecer como causa destacada de defunción. Hay indicios de que, en algunas partes del mundo, la tasa de suicidios aumenta en los grupos de población más jóvenes.

Cada vez se presta mayor atención al estudio de los intentos de suicidio. Pese a la dificultad de conseguir una estadística fidedigna, puede afirmarse que las tasas son mucho mayores que las del suicidio consumado y que han acusado en algunos países un incremento considerable, durante los últimos años (4). En general, la proporción de los intentos de suicidio es mucho mayor en las mujeres que en los hombres, y la incidencia es mucho más elevada entre los jóvenes que entre los viejos.

#### POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN

Cualesquiera sean las circunstancias locales, las medidas que se adopten para reducir la incidencia del suicidio deben tener la cuádruple finalidad de prevenir: *a)* el desenlace mortal de los actos suicidas; *b)* la repetición de dichos actos; *c)* el primer intento de suicidio, y *d)* la inclinación al suicidio. En cada uno de estos casos, el éxito de las medidas preventivas dependerá en gran parte de la identificación precoz y del adecuado tratamiento de los grupos de población muy expuestos.

Los servicios médicos de urgencia suelen disponer de los medios necesarios para aplicar los primeros auxilios; pero, con excesiva frecuencia, cuando el paciente está fuera de peligro se le da de alta y vuelve a enfrentarse con la misma situación que le impulsó a atentar contra su vida. En los estudios que se han hecho de estos casos, se ha comprobado que el riesgo de suicidio aumenta mucho entre las personas que han realizado tentativas suicidas o han amenazado con llevarlas a cabo. En consecuencia, conviene que los programas de prevención se orienten inicialmente hacia esos grupos de personas predispuestas.

Se ha llegado a la importante conclusión de que el acto suicida es, en muchos casos, una angustiada « petición de auxilio » más bien que la expresión del deseo de morir. Al parecer, cuando existe la posibilidad de acudir a esa llamada de auxilio y de continuar la ayuda, con el propósito de solucionar los problemas que han inducido a la ejecución del acto suicida, se puede aliviar, en gran parte, el sufrimiento y evitar que la tentativa se repita. Tal es la impresión que tienen algunos de los servicios establecidos en estos últimos años. Es necesario estudiar más a fondo el funcionamiento de dichos servicios. Los trabajos de evaluación conducirán, muy probablemente, a una mayor eficacia en la gestión realizada. Cabe suponer, además, que la publicación de los resultados obtenidos daría un mayor impulso a las actividades de organización de la prevención del suicidio. Ahora bien, esas actividades exigen una mayor comprensión, por parte del público, del problema que el suicidio plantea. En los programas de educación del público se debe poner de relieve cuán importante es que se preste seria atención a las amenazas y tentativas suicidas. Al mismo tiempo conviene organizar cursos especiales de preparación para el personal profesional y los voluntarios que colaboren en el descubrimiento precoz de los casos peligrosos y en el tratamiento y asistencia ulterior. Se necesita preparar especialmente a los médicos para que identifiquen, evalúen y traten a los grupos clínicos en que se observe un riesgo mayor. Merecen especial atención el grupo de individuos con enfermedades depresivas y los alcohólicos.

#### ESTADISTICA E INVESTIGACION

De los datos ya recogidos y analizados se han deducido conclusiones muy útiles sobre los medios de evitar el suicidio. Sin embargo, del examen de la información disponible se desprende la necesidad de mejorar los métodos de acopio, ordenación y análisis de estadísticas como base del ulterior estudio de la incidencia, las causas y la prevención de los atentados contra la propia vida.

Son muchos los trabajos de investigación que se han llevado a cabo acerca de la relación entre las tasas de suicidio y diversos factores económicos y sociales y características individuales. Aunque se encuentran ciertas semejanzas en las tasas y circunstancias relacionadas con ellas, en los países estudiados, hay también diferencias importantes. Por eso, sería inoportuno generalizar los resultados y adoptar soluciones uniformes. Lo que hace falta ahora es recoger y analizar atentamente datos sobre la vida de las colectividades y utilizar esa información como base del establecimiento de servicios preventivos adaptados a las necesidades

locales. Tal es la tarea que deben emprender con urgencia las autoridades sanitarias.

#### TERMINOLOGIA

Las expresiones « suicidio » e « intento de suicidio » se utilizan para designar diversos actos cometidos en perjuicio de quien los ejecuta, con distintos grados de intención letal y de conocimiento de las posibles consecuencias. No siempre se puede estar seguro de si la verdadera finalidad del acto cometido ha sido quitarse la vida o, simplemente, atraer la atención. Tampoco se ha de descartar la posibilidad de que el supuesto acto suicida sea, en realidad, un accidente (5).

Por no haber un acuerdo general sobre el significado de las palabras anteriormente citadas, en este trabajo se emplea la expresión « acto suicida » con referencia a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

Para los fines de este trabajo, « suicidio » significa un acto suicida con desenlace mortal e « intento de suicidio » el mismo acto cuando no causa la muerte. Por diversas razones, uno y otro se tratan por separado (6).

---

# MEDIDAS PREVENTIVAS

## PREVENCIÓN DEL DESENLACE MORTAL DE LOS ACTOS SUICIDAS

Si los conocimientos sobre la aplicación de los primeros auxilios estuviesen más difundidos, podría evitarse el desenlace funesto en muchos casos de suicidio. La proporción de casos en que se consigue evitar la muerte depende no sólo de la eficacia de las técnicas aplicadas, sino de la rapidez con que se localiza al paciente y se inicia su tratamiento. En algunos países se han establecido servicios especiales que facilitan información y tratamiento en casos muy urgentes. En los últimos años, ha habido un aumento importante en los casos de envenenamiento en varios países. Algunos de ellos son consecuencia del empleo imprevisto de drogas que no se guardan con el debido cuidado en las casas. El porcentaje de estos envenenamientos se podría reducir mediante una fiscalización más estricta de la prescripción y venta de tales productos, el empleo de marcas o etiquetas que facilitasen su identificación y la eliminación en las viviendas de todas las substancias innecesarias y peligrosas.

La toxicología ha contribuido, mediante sus trabajos de investigación, a facilitar el pronóstico en los casos de envenenamiento. En muchos países hay centros de información toxicológica que, en los casos de urgencia, aconsejan a los médicos sobre el tratamiento y, en algunas zonas, hay servicios especializados (con frecuencia dependientes de los centros de información) que se encargan de la aplicación del tratamiento.

En ciertos países se ha extendido la preparación de personal en las técnicas de respiración artificial, incluso en los procedimientos más modernos tales como la respiración de boca a boca. El empleo de los aparatos especiales de resucitación, de que están provistos la policía y los servicios de extinción de incendios, puede contribuir a evitar la muerte de las personas que intentan asfixiarse.

Los métodos utilizados por los suicidas varían considerablemente de un lugar a otro y cambian con el tiempo. La elección depende, en parte, de los medios disponibles y de la tendencia predominante en un deter-

minado momento (véase el Anexo 2, Cuadro 1). Incluso en una misma zona se observan variaciones que corresponden a diferencias étnicas (7). En muchos países desarrollados los medios más usuales son el envenenamiento con gas de uso doméstico, barbitúricos o analgésicos y el empleo de armas de fuego y explosivos. En ciertas zonas, los procedimientos más utilizados son la ahorcadura y la sumersión. En la organización de los servicios para la rápida aplicación de los primeros auxilios puede ser muy útil un examen periódico de las estadísticas sobre los procedimientos de suicidio. Ahora bien, sería erróneo llegar a la conclusión de que si se redujeran las posibilidades de utilizar un procedimiento corriente entre los suicidas se reduciría necesariamente la tasa de suicidios. Quizás lo único que ocurriera fuese un cambio del medio empleado (8).

#### PREVENCION DE LA REPETICION DE LOS ACTOS SUICIDAS

Todos los estudios sobre este tema coinciden en señalar que es más probable que se quite la vida la persona que ha cometido ya un intento de suicidio que otra que no haya intentado nunca un acto de esa naturaleza. Si las tentativas han sido dos, aumenta considerablemente el riesgo ulterior. El Cuadro 2 (Anexo 2) muestra los resultados de los estudios realizados: cuando la observación se limita a un periodo inferior a cinco años, la proporción de pacientes suicidas que llegan a quitarse la vida es del 5 %, o menor que esa cifra; cuando el periodo de observación es más prolongado, la proporción de pacientes que consuman el suicidio es mayor: hasta de un 10 % (9).

Los datos del Cuadro 3 (Anexo 2) sobre la incidencia de intentos previos son, probablemente, menos fidedignos. La información referente a los casos de suicidio consumado está tomada de los archivos judiciales y suele ser muy limitada. Por el contrario, en los casos de tentativa de suicidio, la información se puede obtener de los propios pacientes o de sus familias, o se puede basar en el conocimiento del paciente durante largo tiempo. Lo mismo podría decirse de muchos de los otros datos tabulados.

Se ha señalado el hecho de que el peligro de repetición de una tentativa de suicidio depende de que la anterior haya determinado o no un cambio en las condiciones de vida y el estado mental del paciente. Para muchos individuos el intento puede producir una especie de catarsis al liberar los impulsos agresivos (10).

Algunos especialistas han tratado de evaluar la « gravedad » de las tentativas de suicidio. Ha habido entre ellos quienes han clasificado en tres grupos a los suicidas frustrados: los que sienten un fuerte impulso hacia la muerte y hacen todo lo necesario para lograr el fin que persiguen, grupo en el que predominan mucho los hombres; los que, en realidad,

están clamando auxilio y sienten el anhelo de sobrevivir, y un grupo intermedio de individuos turbados e indecisos que obran impulsivamente y dejan al azar su posible salvación (11). Se ha señalado la posibilidad de determinar quiénes son « suicidas en potencia » aplicando ciertos indicadores (12); sin embargo, como ya se ha dicho (13), muchos de los factores sociales, ecológicos y caracterológicos que, en los estudios en gran escala, parecen tener relación con la gravedad del intento de suicidio, pueden no ser útiles para formular pronósticos cuando se trata de grupos pequeños o de individuos aislados. Hay probablemente dos excepciones, que son las siguientes: *a*) la repetición de las tentativas de suicidio es más probable en los viejos que en los jóvenes, y *b*) es más probable que intenten seriamente el suicidio los maniacodepresivos (fase depresiva) que los no depresivos (14).

Recientemente se ha puesto de relieve la conveniencia de efectuar un reconocimiento psiquiátrico completo de todos los suicidas atendidos en los servicios médicos de urgencia, a las pocas horas de ser admitidos. Ese es el momento de conocer la verdad del caso, ya que las causas determinantes ejercen aún una poderosa influencia, y ni el paciente ni su familia han tenido todavía oportunidad de intentar la ocultación de los verdaderos móviles. Durante la breve estancia de esos pacientes en el servicio de urgencia, el personal técnico puede estudiar los casos y hablar de tratamiento ulterior con la familia, con otras personas interesadas y con el grupo de terapeutas, entre los que conviene se encuentren el médico que normalmente atiende al paciente, un psiquiatra y un trabajador social (15).

Una vez entra el paciente en relación con los servicios psiquiátricos, se le puede inducir a que pida ayuda en los momentos de angustia en lugar de recurrir de nuevo al suicidio. En los casos en que se observe el peligro de una nueva tentativa se puede avisar a la familia o a otras personas relacionadas con el paciente, aconsejándoles que soliciten ayuda oportunamente.

Siempre que sea posible conviene organizar exámenes periódicos de las personas que hayan realizado un intento de suicidio. Si se efectuasen estudios longitudinales de todos los suicidios por envenenamiento o lesiones en grupos de población determinados, se obtendría un cuadro más claro de algunos de los factores que influyen en los casos de mayor riesgo (16).

#### PREVENCIÓN DEL PRIMER INTENTO DE SUICIDIO

En las primeras fases de una campaña de prevención sería ya un gran paso el simple conocimiento de la intención suicida y la prestación oportuna de ayuda.

Varios estudios sobre el particular han mostrado que un porcentaje elevado de las personas que se han suicidado o han intentado hacerlo habían advertido ya de su propósito. Algunos investigadores consideran incluso que, prácticamente en todos los casos, se dan oralmente o por el comportamiento indicios del propósito suicida. A menudo, pueden interpretarse estos indicios como llamadas conscientes o inconscientes de socorro anteriores al suicidio. No obstante, con demasiada frecuencia, aunque se adviertan esas llamadas nada se hace por atenderlas (17). En algunos países, se ha comprobado que más de la mitad de las personas que han acabado suicidándose se habían hecho reconocer por un médico en los tres meses anteriores al acto y que incluso una cuarta parte de los suicidas habían recurrido a los auxilios de la psiquiatría (véase el Anexo 2, Cuadro 4). Por eso, es muy conveniente prestar mayor atención en la enseñanza médica a la identificación de los indicios reveladores del ánimo suicida. Podría ponerse también en conocimiento de otros profesionales una información cuidadosamente preparada sobre esta cuestión y sobre los procedimientos adecuados para prestar auxilio (véase la pág. 32).

#### PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS PERSONAS PREDISPUESITAS

Las medidas encaminadas al logro de una buena salud mental y al desarrollo de una personalidad equilibrada pueden contribuir a la prevención del suicidio; pero, por desgracia, es muy poco lo que se sabe de la naturaleza y la aplicación de tales medidas. Las investigaciones sobre la falta de los cuidados de los padres en la infancia y sobre sus posibles secuelas indican que cabe adoptar medidas — y que a menudo se adoptan efectivamente — para atenuar las consecuencias perjudiciales de esa falta. Ciertos estudios sugieren que los diferentes métodos de educación de los niños explican tal vez algunas de las diferencias que existen en las tasas de suicidio de distintos países (18).

Los trabajos acerca de las relaciones entre la hostilidad morbosa, el suicidio y el homicidio han esclarecido en parte las influencias culturales que predisponen a tales manifestaciones y quizá sea posible orientar esas influencias como medida de prevención a largo plazo (19). Sin embargo, no se pueden utilizar los resultados obtenidos para su aplicación universal.

En no pocos estudios se pone de manifiesto que la falta de amistades puede ser un factor principal de aceleración del comportamiento suicida (20). Se tienen ya algunas pruebas de que los servicios telefónicos permanentes recién establecidos para dar una posibilidad de comunicación a las personas aisladas, solitarias o desesperadas pueden servir para evitar actos suicidas (21).

## IDENTIFICACION DE LOS GRUPOS MAS PREDISPUESTOS Y ASISTENCIA A LOS MISMOS

Mediante estudios epidemiológicos se han identificado los grupos de personas más predispuestas al suicidio. Al planear los servicios de prevención del suicidio en una colectividad determinada, puede ser de gran utilidad, para la identificación de los factores asociados con la predisposición a los actos suicidas, un estudio epidemiológico y ecológico bien organizado sobre la circunscripción en que se hayan de establecer aquellos servicios. Estos factores no son forzosamente iguales en cualquier comunidad, aunque se ha visto que algunos de ellos se repiten en combinaciones semejantes en lugares muy distintos. En el Anexo 1 se alude a algunas de las investigaciones más recientes en la materia.

### *Las personas de edad*

En la mayor parte de los países del mundo hay un riesgo particularmente elevado de desenlace fatal de los actos suicidas entre las personas pertenecientes a los grupos de edad más avanzada. En las mujeres, las tasas de suicidio tienden a aumentar considerablemente menos, con la edad, que las correspondientes a los hombres (véase el Anexo 3). La falta de salud física y mental, la falta de amistades, la muerte de un ser querido, un cambio de vida repentino y la pérdida del empleo y de la situación social — sobre todo en los hombres en edad de retiro —, junto con un descenso brusco de los ingresos, van frecuentemente asociados a unas altas tasas de suicidio entre las personas de edad avanzada y los ancianos (22). Al parecer, las posibilidades de prevención del suicidio en la vejez dependen en gran medida del alcance y de la eficacia de los servicios económicos, sociales, médicos y de beneficencia disponibles para las personas de más edad. El descenso de las tasas de suicidio correspondientes a las personas de 65 a 75 años, observado en algunos países, refleja quizá esos efectos preventivos; también deben tenerse en cuenta a este respecto los cambios en la condición social de las mujeres (23).

### *Grupos de edad jóvenes*

En los grupos de menor edad, en que por lo general las tasas de suicidio son muy inferiores, se ha descubierto una tendencia relativamente elevada al suicidio entre algunos grupos de estudiantes universitarios (24). Como medida preventiva se ha recomendado la ampliación de los servicios de psiquiatría en las universidades. Se ha comprobado que el riesgo de intento de suicidio, sin desenlace fatal, es muy alto en los grupos de

edad más jóvenes de algunas regiones, particularmente entre las mujeres. Contrariamente a lo que sucede en los grupos de edad más avanzada, los problemas personales y familiares parecen ser la causa predominante y muchos estudios han revelado también como causa muy frecuente las desavenencias familiares presenciadas en la infancia (25). En una proporción considerable de casos, el acto del suicidio no parece ser premeditado, sino ejecutado de un modo impulsivo. Muchas encuestas indican que la mayoría de los individuos que intentan suicidarse no tienen un deseo claro de morir, sino que se encuentran en una situación desesperada, sin salida aparente, y recurren al comportamiento suicida en un intento, consciente o no, de alterar su existencia. Parece que, respecto a cierto porcentaje de casos, se puede evitar el acto suicida si existen servicios permanentes de urgencia, para consulta, asesoramiento y auxilio (véase la pág. 24). Sin embargo, en las circunstancias actuales, no se suele identificar a los individuos predispuestos mientras no realizan el primer acto suicida.

### *Los enfermos mentales*

De las estadísticas de mortalidad entre enfermos mentales (26) se desprende que las tasas de suicidio en este grupo son más altas — e incluso, en algunas instituciones, mucho más altas — que en la población en general (véase el Anexo 2, Cuadro 7). Por otra parte, parece que las medidas excesivamente rigurosas encaminadas a impedir el suicidio en estos enfermos — medidas que, con frecuencia, entrañan una severa limitación de la libertad — no siempre tienen el éxito apetecido. En realidad las tasas de suicidio parecen haber disminuido en algunos hospitales psiquiátricos gracias a la aplicación en ellos de normas menos rígidas (27).

Numerosos investigadores han señalado que, entre las personas que cometen suicidio o lo intentan, hay un porcentaje relativamente elevado que sufren trastornos mentales (véase el Anexo 2, Cuadros 9 y 10). Las discrepancias que se observan en estos cuadros obedecen en gran parte, probablemente, a los diferentes conceptos de normalidad y a los criterios de diagnóstico aplicados. Algunos investigadores incluyen sólo las psicosis afectivas y de otro tipo y las psiconeurosis; otros diagnostican como depresión reactiva, neurótica o psicógena o como reacción psicopática los casos en que un individuo realiza un acto suicida ante una situación de tensión. Estas depresiones se consideran anormales y comprendidas en los trastornos mentales. La existencia de un trastorno mental en el momento de cometer un acto suicida es, desde luego, más fácil de comprobar en los casos de intento frustrado que en los de consumación.

En estos últimos, las tasas inferiores suelen tener como base principalmente datos procedentes de informes no médicos. Cuando se visita el hogar del suicida y se obtienen antecedentes sobre su historia, de personas que estuvieron en estrecho contacto con él, se llega a tasas mucho más altas.

Los trastornos mentales que se han descubierto con más frecuencia como base de los actos suicidas son las *enfermedades depresivas*, en particular las depresiones endógenas e involutivas. A este respecto se dan algunas cifras en el Anexo 2, Cuadros 8 y 11. De la información contenida en el Cuadro 12 parece desprenderse que el 15 %, aproximadamente, de las personas en que se ha diagnosticado una enfermedad depresiva pueden acabar suicidándose. Varios autores han señalado un mayor riesgo de suicidio entre personas de más de 40 años aquejadas de psicosis maniaco-depresivas (28), siendo la tasa particularmente elevada entre los varones (29). Aunque antes se consideraba que los casos de depresión eran escasos en los países en desarrollo, recientes estudios tienden a demostrar lo contrario (30).

El inteligente empleo de los últimos adelantos en el tratamiento electroconvulsivo y el descubrimiento de una serie de medicamentos antidepressivos han dado lugar a un pronóstico menos pesimista de la depresión. En la actualidad se efectúan amplias investigaciones sobre la manera de determinar los tipos más apropiados de antidepressivos, teniendo en cuenta las especiales características del estado de depresión (31). El resultado final de este tratamiento, sin embargo, depende no sólo del medicamento empleado, sino también del uso que el médico que lo prescribe haga de la psicoterapia.

Es preciso investigar más a fondo la posibilidad de que aumente el peligro de la comisión de actos suicidas como consecuencia del uso de algunos medicamentos y se deben difundir los resultados de tal estudio para que se puedan contrarrestar esos efectos perjudiciales.

Se ha visto que determinadas preparaciones farmacéuticas, como las usadas para el tratamiento de la hipertensión arterial, provocan o causan un agravamiento de los estados depresivos, que al parecer conduce en ciertos casos a un acto suicida (32). Algunos investigadores han observado la existencia de este peligro cuando se trata por medios psicofarmacológicos el retraso psicomotor y el estupor (33). Se ha visto asimismo que los esquizofrénicos tratados durante mucho tiempo con neurolépticos muestran síntomas que no se pueden diferenciar de la depresión endógena y que conducen también a actos suicidas (34).

Los periodos de mayor riesgo de comisión de un acto suicida son los de aparición y declinación de la enfermedad depresiva (35). Por consiguiente, durante esas fases — en las que muchas veces el paciente se muestra sereno — se deben adoptar precauciones especiales.

Según parece, las personas que sufren enfermedades depresivas constituyen en todas partes un grupo muy expuesto. Por eso, en los programas de prevención del suicidio, debe concederse atención preferente al mejoramiento de los métodos de identificación y tratamiento de esas afecciones y de organización de la asistencia ulterior a los casos tratados. En las facultades de medicina y en los estudios médicos posteriores a la graduación se debe poner de relieve la importancia del reconocimiento, la evaluación y el tratamiento de la depresión.

Otros trastornos mentales comunes que se mencionan bastante a menudo como base de un comportamiento suicida son las psicosis arterioscleróticas y seniles y las psiconeurosis (36).

Algunos investigadores consideran que los actos suicidas cometidos por esquizofrénicos son relativamente escasos. En los Estados Unidos de América, sin embargo, donde se aplica el diagnóstico de esquizofrenia en una proporción mayor de casos que en los demás países del mundo (pues se incluyen a menudo en este diagnóstico los casos considerados en otros países como maniacodepresivos), la contribución de los esquizofrénicos a las tasas de suicidio es muy importante (37). En algunos otros países esas tasas son también relativamente elevadas.

Entre los trastornos de la personalidad mencionados frecuentemente en los casos de suicidio figuran los de tipo histérico, « antisocial » y compulsivo.

Se ha dicho que la complejidad de la relación entre el suicidio y el trastorno mental obedece al hecho de que ambos fenómenos están determinados, en definitiva, por el mismo orden de causas sociales, psicológicas y biológicas que, al combinarse, hacen que un individuo tenga predisposición al suicidio, otro a una enfermedad mental y un tercero reúna ambas predisposiciones (28).

### *Alcohólicos y toxicómanos*

Muchos estudios han revelado una alta incidencia de suicidios entre los alcohólicos (véase el Anexo 2, Cuadro 13), así como la frecuente presencia de alcohólicos en las muestras estadísticas de personas que se han suicidado o han intentado hacerlo (véase el Anexo 2, Cuadro 14). En los tipos y definiciones de alcoholismo se observan considerables variaciones de unos a otros países y es probable que esa diversidad se refleje en las tasas correspondientes. En cualquier caso, nadie pone en duda que en numerosos países los alcohólicos constituyen un porcentaje importante de las personas que se suicidan o lo intentan (39). Entre los jóvenes que cometen intentos de suicidio abundan los hijos de padres alcohólicos (40).

Se ha dicho que la dependencia de determinadas drogas, particularmente de los estupefacientes, puede representar una alternativa del suicidio (41). Al parecer, como ocurre con los alcohólicos, hay un riesgo elevado de suicidio de los toxicómanos en el periodo de supresión de la droga (42). A muchas personas que dependen del alcohol o de otras drogas se les podría diagnosticar asimismo una enfermedad depresiva. Falta información sobre el suicidio en numerosas poblaciones donde la dependencia de los estupefacientes es muy elevada. Hace falta seguir investigando la relación entre el suicidio y algunas de las drogas más recientes que causan dependencia, como los sedantes y estimulantes del sistema nervioso central y los alucinógenos, que se emplean a veces junto con el alcohol o en sustitución suya.

En un reciente informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental<sup>1</sup> se examinan estos problemas con más detenimiento y se formulan recomendaciones acerca de los servicios de prevención y de tratamiento de esa dependencia. Al igual que en los otros grupos muy expuestos, los programas encaminados a la prevención del suicidio entre toxicómanos han de fundarse en gran medida en la existencia de servicios adecuados, tanto sociales como médicos y, en particular, psiquiátricos.

### *Personas de sectores socialmente desorganizados*

En muchos de los estudios sobre la relación entre las tasas de suicidio y las características sociales del lugar de residencia, se han encontrado tasas más elevadas en las zonas donde los índices de desorganización social son altos, por ejemplo, donde hay hacinamiento, o donde abundan las personas que viven solas, por lo general en pensiones y hoteles baratos, y donde hay una alta tasa de alcoholismo, toxicomanía y delincuencia y una gran movilidad de la población (43). Se ha llegado a idénticas conclusiones en lo que respecta a los intentos de suicidio (44).

En muchos países, las tasas de suicidio son más altas en las ciudades que en el campo, registrándose las más elevadas en las grandes ciudades. No obstante, esta situación parece variar en algunos casos tal vez como resultado del mejoramiento de la asistencia médica y social y del nivel de vida en las zonas urbanas, en comparación con las rurales (45).

Los estudios sobre la distribución geográfica de la residencia de las personas que han intentado suicidarse o se han suicidado serían de una evidente utilidad para planear el emplazamiento de los servicios preventivos.

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 363.

### *Grupos profesionales*

En algunos países se ha observado una tasa particularmente alta de suicidio en determinados grupos profesionales, especialmente los médicos, los dentistas y los abogados (46). Las tasas correspondientes a distintas profesiones arrojan considerables variaciones según los países (47). En algunos, las que corresponden a los agricultores y los trabajadores agrícolas son especialmente altas, mientras, por el contrario, en otros son bajas (48). De algunos estudios se desprende que entre las personas sin trabajo hay un porcentaje considerablemente más alto de suicidios e intentos de suicidio que en el resto de la población (49). La continuación de las investigaciones sobre la relación entre el empleo y las tasas de suicidio puede ser de utilidad para la organización estratégica de los servicios preventivos.

### *Grupos socialmente aislados*

Según la mayoría de los estudios efectuados, las tasas de suicidio son manifiestamente altas entre quienes se trasladan a un nuevo lugar dentro del mismo país, los que emigran al extranjero (50), las personas que viven solas y las divorciadas o separadas (51). Tal vez sea preciso dedicar especial atención a estos casos de riesgo elevado.

### *Personas procedentes de hogares deshechos (52)*

Numerosos estudios han revelado que los casos de suicidio o de intento son más frecuentes entre quienes presenciaron en la infancia la desarticulación del hogar familiar (véase el Anexo 2, Cuadro 6). Se han dado diversas definiciones de « hogar deshecho » pero normalmente se incluye en ellas la pérdida, o la ausencia durante por lo menos 6 a 12 meses, de uno o de ambos padres durante la infancia.

---

## ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE PREVENCION DEL SUICIDIO

En los países donde los servicios de sanidad y asistencia social tienen una organización moderna y están bien coordinados, existen ya medios para la prevención del suicidio. Lo que queda principalmente por hacer es integrarlos en una red de actividades para atender, en la mayor medida posible, las necesidades previsibles de la colectividad de que se trate.

### LOS SERVICIOS EXISTENTES

La extensión de los servicios existentes difiere considerablemente de un país a otro. En la Unión Soviética, por ejemplo, todos los hospitales reciben instrucciones acerca de la manera de tratar los casos de intento de suicidio, y en ellos el examen psiquiátrico es obligatorio. Los individuos que, por su conducta, muestran inclinación al suicidio quedan a cargo del dispensario psiquiátrico de la localidad (servicio generalmente ambulatorio) que los atiende, los confía en caso necesario a otros servicios y les presta los cuidados ulteriores necesarios. Lo mismo puede decirse de Checoslovaquia, donde el examen psiquiátrico es obligatorio en todos los casos de intento de suicidio y donde todos los médicos tienen la obligación de remitir esos casos a los servicios psiquiátricos locales (53). En el Reino Unido, todo ciudadano tiene un médico general del seguro nacional de enfermedad y, a menudo, se da el caso de que acudan a él las personas con inclinaciones suicidas o sus familias. Según las circunstancias, el médico general puede enviar a la persona que ha intentado suicidarse a uno de los servicios de urgencia (que, en colaboración con los servicios de salud mental, empiezan ahora a ocuparse sistemáticamente de los casos de autoagresión o envenenamiento) o directamente a un servicio psiquiátrico para pacientes ambulatorios; también puede disponer que visiten al paciente, en su domicilio, un asistente social o personal psiquiátrico especializado (54).

En otros países donde la asistencia médica no está nacionalizada, se

han organizado servicios parecidos mediante la colaboración entre el sector privado y el público. En los Estados Unidos, por ejemplo, se están estableciendo, con carácter local, centros públicos de salud mental que sirven a poblaciones de 120 000 a 200 000 personas. Los servicios de urgencia de esos centros actúan también en la prevención del suicidio. En 1966, el Gobierno Federal estableció un centro nacional de estudios sobre prevención del suicidio en el National Institute of Mental Health (55).

En algunos países, se han creado instituciones especiales para los casos de inclinación al suicidio o de intento de cometerlo (56). Puede citarse como ejemplo destacado el Suicide Prevention Center, de Los Angeles (57), en que cooperan los servicios locales de carácter médico, psicológico y social, así como instituciones benéficas, religiosas, etc. A ellos pueden acudir los pacientes por su propia iniciativa o por indicación del médico o de personas no profesionales de la medicina.

En otros países, como Austria, Francia, Alemania y Suiza, se han establecido asimismo centros de prevención del suicidio, a menudo en estrecha colaboración con una clínica psiquiátrica universitaria o con un centro de lucha contra los envenenamientos, como el Lebensmüdenfürsorgen<sup>1</sup> de Viena (58); los casos pueden ser enviados a esos centros por el médico de cabecera o por la familia del interesado.

Hay organizaciones particulares cuya misión es velar por los individuos con inclinaciones suicidas que no consideran sus dificultades como un problema de salud o que se niegan a acudir a un médico. La más conocida es la de Los Samaritanos (59) que fue creada en Londres y se ha extendido a otros países. Los consejos y el apoyo que prestan esas organizaciones son muy útiles y contribuyen a solucionar los problemas enviando a los pacientes a instituciones médicas o de beneficencia en los países donde no todos pueden disfrutar fácilmente de servicios médicos particulares, donde las clínicas psiquiátricas tienen exceso de trabajo o donde no existe la tradición de que los sacerdotes o las instituciones religiosas faciliten asesoramiento psicológico. Esas organizaciones pueden constituir el punto de partida para la creación de centros de prevención del suicidio debidamente integrados en los servicios de asistencia médica y psiquiátrica.

#### DESARROLLO DE LOS SERVICIOS

##### *Servicios de urgencia*

Como se ha dicho anteriormente, uno de los objetivos primordiales de todo programa de prevención del suicidio es evitar un desenlace fatal

<sup>1</sup> Asistencia a individuos «hastados de la vida».

del acto suicida. Para alcanzar ese objetivo, se necesitan servicios locales accesibles en cualquier momento y debidamente dotados de personal médico y de enfermería. En muchos países, esos servicios están instalados en hospitales para casos urgentes o en los departamentos de urgencia de los hospitales generales. Ahora bien, en muchas partes del mundo es preciso mejorar la organización de los primeros auxilios y particularmente el adiestramiento de personal en las técnicas más modernas. Los centros de tratamiento existentes pueden también ocuparse de la obtención y difusión de informaciones sobre las medidas urgentes de socorro, tales como la resucitación, y sobre la elección de los antídotos adecuados.

Es muy importante que esos centros de tratamiento dispongan de asesoramiento psiquiátrico apropiado. Incluso se ha señalado la conveniencia de que todas las personas que hayan intentado suicidarse sean examinadas por un psiquiatra (véase la pág. 15). Cabe preguntarse si tal medida sería viable, en vista del mucho tiempo que cada psiquiatra tendría que dedicar a esa actividad. Es indudable que su aplicación sería imposible en muchos países a causa de la penuria de personal de esa especialidad. Habría que pensar más bien en dar a otras personas la formación necesaria para ocuparse de los casos de suicidio frustrado.

Sin embargo, en muchos países se podría quizá establecer un sistema de consulta psiquiátrica bastante satisfactorio reorganizando debidamente los servicios existentes. En Edimburgo, por ejemplo, más del 90 % de los casos de envenenamiento que ingresan en hospitales son atendidos en una sala especial para pacientes graves donde éstos reciben tratamiento médico y psiquiátrico. Allí se prestó asistencia, en un año, a más de 500 casos, registrados en una población de unos 470 000 habitantes. Se ha calculado que para atender en la sala 500 casos de envenenamiento al año y para facilitar la asistencia ulterior hay que contar con los servicios de un psiquiatra consultor, durante tres medias jornadas aproximadamente por semana; los de auxiliares de psiquiatría, durante ocho medias jornadas semanales, y los de un asistente social psiquiátrico, a tiempo completo. En el tiempo indicado se incluyen las actividades de preparación de informes clínicos y las visitas domiciliarias. Se ha señalado que en cualquier caso habría que enviar a muchos enfermos a los servicios competentes de asistencia psiquiátrica (60).

Dada la rapidez con que hay que atender los casos en los servicios médicos de urgencia, es importante, como se señala en la página 15, disponer de consultorios psiquiátricos que puedan asistir al enfermo en el plazo de pocas horas. A este respecto conviene señalar que la gravedad de las lesiones que el paciente se haya causado no debe interpretarse como indicación de la mayor o menor necesidad de asistencia psiquiátrica en un caso determinado. Tampoco hay que juzgar la sinceridad del

propósito suicida exclusivamente por las actitudes, las amenazas o la adquisición de posibles medios de autodestrucción.

Se ha apuntado la conveniencia de equipar las salas de ciertos hospitales de las ciudades importantes para que presten servicios en un distrito determinado, a fin de que se pueda atender inmediatamente a las personas que intenten quitarse la vida, tanto para prestarles asistencia médica, como tratamiento psiquiátrico urgente o asistencia ulterior.

También es conveniente disponer de servicios psiquiátricos para casos urgentes en los lugares en que no hay otros servicios médicos de urgencia. Esos servicios psiquiátricos se pueden instalar en centros de salud mental, en consultorios psiquiátricos, en centros de prevención del suicidio, en salas de psiquiatría de hospitales generales o en hospitales psiquiátricos. Hay que subrayar una vez más la importancia de que existan unos servicios permanentes y de fácil acceso.

Aunque es difícil evaluar la eficacia de las distintas medidas que se pueden adoptar, la experiencia aconseja que los servicios de urgencia cuenten con medios para responder inmediatamente a las llamadas telefónicas y atender a los enfermos que se les envíen o que acudan espontáneamente en busca de asistencia. Debe haber personal debidamente preparado que conteste las llamadas telefónicas y se entreviste con los pacientes sin hacerlos esperar. Esos servicios han de ocuparse de ayudar a la persona a superar la crisis en que se encuentra, han de evaluar los riesgos de suicidio y han de establecer un plan de tratamiento adecuado. Hay que estudiar bien la denominación que se ha de dar a esos servicios y la manera en que han de figurar en las guías telefónicas. En algunos países figuran en los periódicos junto con los demás servicios de urgencia. La experiencia adquirida en varios países indica que lo más conveniente es instalar estos servicios en los centros de tratamiento existentes, bien sea incorporándolos a los servicios de psiquiatría o a los de medicina general. Si se establecen centros especiales de prevención del suicidio hay que velar por que éstos se mantengan en contacto con los servicios de asistencia médica y social.

### *Asistencia ulterior*

Como ya se ha señalado, muchas de las personas que demuestran propensión al suicidio padecen trastornos mentales, y el riesgo de repetición del acto suicida es grande en quienes ya han intentado el suicidio una vez. Es por tanto muy conveniente la continuación de la asistencia psiquiátrica en muchos de los casos atendidos en los servicios de urgencia así como en los de otros pacientes muy propensos. Tanto en interés de los pacientes como para economizar tiempo, conviene probablemente

que los servicios de urgencia y los de asistencia ulterior estén a cargo del mismo equipo de personal psiquiátrico.

Se ha señalado que no son únicamente los casos diagnosticados de enfermedad psiquiátrica los que necesitan tratamiento. En efecto, casi la mitad de los pacientes comprendidos en una muestra que no padecían ese tipo de afección fueron atendidos anteriormente por asistentes sociales y recibieron tratamiento psicoterapéutico (61).

Hay que tener presente que aunque se estime que muchos casos de intento de suicidio no requieren tratamiento psiquiátrico especial pueden necesitar otro tipo de ayuda.

En algunos casos conviene que en la ayuda a los pacientes con propensión al suicidio cooperen diversos sectores sociales. El personal voluntario puede ser de una utilidad inestimable para la ayuda a largo plazo que a menudo es necesaria si se quiere evitar el suicidio. También suele ser precisa la cooperación de los miembros de la familia y de ciertos grupos profesionales, en particular médicos, educadores y sacerdotes. Los centros especiales de prevención del suicidio pueden desempeñar una importante labor de coordinación de otros tipos de asistencia y velar por la continuidad de la ayuda a las personas que la necesiten.

Hay que dedicar especial atención a los problemas de las personas estrechamente relacionadas con un suicida. La asistencia de personal profesional puede ser útil para evitar un nuevo acto suicida entre los individuos afectados por esa defunción.

#### *Localización a tiempo y asistencia a los grupos muy expuestos*

Para el establecimiento de servicios de prevención del suicidio es importante desarrollar programas de enseñanza y formación profesional en materias tales como conducta del suicida, identificación a tiempo de las personas propensas y adopción de las primeras medidas que requiere su tratamiento.

En principio, esos programas se deben orientar especialmente a los grupos de mayor interés para organizar los servicios de prevención, por ejemplo, los médicos, personal de salud pública y asistencia social, sacerdotes, educadores y policía. En algunos países habrá que incluir también a los auxiliares de los servicios médicos, a los que practican la medicina tradicional y a los jefes de tribu. Estas personas son las que primero suelen entrar en contacto con los individuos que padecen trastornos emocionales y pueden prestarles una asistencia ininterrumpida.

Para que un servicio de prevención del suicidio sea eficaz es preciso que el público sepa en qué consiste su labor. Esto se puede lograr mediante campañas de educación popular y de información sobre los servicios disponibles.

Con una información adecuada, la familia puede facilitar mucho la identificación a tiempo de cualquiera de sus miembros que tenga inclinación al suicidio y puede contribuir a la administración de la asistencia necesaria y a la prestación de apoyo ininterrumpido, incluso después del tratamiento. No obstante, para hacer participar a la familia en el tratamiento hay que proceder con cautela. En efecto, las relaciones familiares son a veces uno de los factores que provocan la conducta suicida. Hay que aprovechar los elementos positivos de la relación familiar y contrarrestar los negativos.

### *Función de los servicios de salud pública*

Dada la magnitud de los problemas relacionados con la conducta suicida y las posibilidades que existen de combatirla, incumbe a los servicios nacionales y locales de sanidad establecer centros de prevención del suicidio. En esta labor, la iniciativa privada se ha adelantado en muchos países a los servicios de salud pública. Las autoridades competentes habrán de estudiar con detenimiento los resultados obtenidos en esas actividades, ya que, en muchos casos, éstas podrán ser utilizadas como base para el establecimiento de servicios más extensos de protección de la colectividad.

Los servicios de salud pública están en situación especialmente favorable para obtener información estadística y epidemiológica sobre los problemas del suicidio en cada colectividad (véase la pág. 34). Para esa labor de investigación, debe recabarse no sólo la colaboración de especialistas en demografía, estadígrafos, médicos (incluso psiquiatras) y psicólogos sino también la de sociólogos y economistas. De ese modo los servicios se podrán organizar en la forma que responda mejor a las necesidades de la localidad y a las posibilidades con que se cuente.

Para dar mayor extensión a los servicios preventivos, habrá que estudiar detenidamente la mejor manera de aprovechar los servicios existentes de carácter público, privado y voluntario y habrá que designar o crear un centro adecuado de coordinación y extensión de las diversas actividades emprendidas. Esos centros podrán llevar un registro de todos los casos examinados y velar por que reciban la asistencia adecuada ulterior al tratamiento de urgencia. Asimismo, estarán en condiciones muy favorables para facilitar datos a los investigadores. Las autoridades locales de salud pública o de salud mental pueden perfectamente iniciar un programa de esa índole convocando una conferencia de todos los grupos de la localidad que puedan aportar una cooperación útil.

Los servicios de salud pública habrán de cooperar a menudo en los programas de enseñanza y formación profesional relacionados con los problemas del suicidio.

---

# PROGRAMAS DE ENSEÑANZA Y FORMACION PROFESIONAL

## CONTENIDO Y PRESENTACION

La información que haya de darse sobre los problemas del suicidio será, por necesidad, más o menos detallada según los grupos a que se la destine, pero en general el contenido de los programas de enseñanza y formación profesional en esta materia se puede distribuir bajo los siguientes epígrafes:

importancia y extensión de los problemas relacionados con el suicidio; causas a que obedece la conducta suicida y factores que precipitan el suicidio;

identificación de los grupos muy expuestos;

importancia que ha de darse a los síntomas, las advertencias y las amenazas;

medidas preventivas;

disponibilidad de servicios preventivos, de tratamiento y de asistencia ulterior;

procedimientos de asignación a un servicio técnico;

métodos de tratamiento;

requisitos de la asistencia ulterior al tratamiento.

Evidentemente, según el grupo a que se destine el programa, variará el método de presentación y la importancia que haya de darse a sus diferentes partes. Ahora bien, nunca se ha de presentar de manera sensacionalista. Siempre que sea posible, se expondrán hechos; por ejemplo, estadísticas sobre la incidencia del suicidio y los intentos de suicidio en la zona de que se trate. Habrá de hacerse constar claramente, sin embargo, que es aún mucho lo que falta por saber sobre las causas de la conducta suicida.

## PROGRAMAS PARA EL PUBLICO EN GENERAL

### *Objetivos*

Los programas de información pública sobre los problemas del suicidio deben encaminarse a eliminar los tabús que rodean este asunto y a dar

a las personas expuestas la posibilidad material y moral de pedir ayuda. Otro de los objetivos es el reconocimiento oportuno del riesgo y la cooperación en la asistencia a las personas afectadas. Es de esperar que, mediante esos programas, el público se dé cuenta de que se dispone ya de cierta información acerca de las medidas de prevención del suicidio y que la eficacia de esas medidas depende en gran parte de la cooperación de la sociedad.

### *Medios de información pública*

A través de la prensa, la radio, la televisión y el cine, se ha dado ya mucha información sobre el suicidio. En los últimos años ha habido excelentes ejemplos de cooperación entre expertos en la preparación de material para esos medios de información pública y para especialistas en estos problemas. En gran número de países podría hacerse mucho más todavía para facilitar antecedentes a los profesionales de la información y para proporcionar datos exactos con destino a trabajos especiales. Es de particular importancia el poner de relieve los perjuicios que puede causar la publicidad indebida de los suicidios y la acentuación de sus aspectos sensacionales.

### *Familias de las personas muy expuestas*

Se han de adoptar medidas especiales en cuanto a la información destinada a las familias de personas en las que se presume que el riesgo de suicidio es muy elevado. El contacto con el grupo terapéutico puede ser muy útil para que la familia enfoque la situación de modo más objetivo, solicite la ayuda adecuada cuando sea necesario y colabore en un programa de tratamiento. Las conversaciones sobre este asunto, celebradas bajo la dirección de personal debidamente capacitado, pueden facilitar mucho el logro de tales objetivos y hacer que la familia se sienta menos estigmatizada por la situación.

## PROGRAMAS PARA EL PERSONAL MEDICO

En las universidades podrían encargarse de las enseñanzas sobre el problema y la prevención del suicidio los departamentos de medicina preventiva y social y los de psiquiatría. A fin de que los alumnos puedan conocer casos prácticos y adquirir experiencias conviene que se les dé acceso a los servicios locales relacionados con los pacientes de tendencias suicidas y con sus familias; pueden utilizarse para este fin los servicios psiquiátricos de urgencia y los centros de prevención del suicidio. Cuando

ello sea posible, la instrucción práctica debe comprender visitas a domicilio en compañía de un asistente social o de otro miembro del equipo terapéutico. Ha de instruirse a los alumnos sobre la función que desempeñan los servicios de asistencia social. Las prácticas en los servicios para llamadas telefónicas de urgencia constituyen una experiencia útil. Es muy conveniente también organizar grupos de discusión en los que participen médicos generales, pues esos cambios de impresiones permiten apreciar la importancia de la función que estos profesionales pueden desempeñar en la prevención del suicidio. A los alumnos que demuestren más interés se les debe estimular para que participen en la asistencia a las familias y a los casos de suicidio frustrado; esos alumnos pueden además elegir la prevención del suicidio como tema de una tesis y colaborar en proyectos de investigación.

Los alumnos que quieran dedicarse a la medicina general y los médicos generales en ejercicio debieran seguir cursos más detallados. Estos cursos podrían formar parte de los estudios de psiquiatría para médicos generales, que figuran en los programas de enseñanza de algunos países (62), y podrían comprender la preparación en grupo para la asistencia al paciente de inclinaciones suicidas y para la ayuda que se deba facilitar a los familiares.

#### PROGRAMAS PARA EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los estudios sobre prevención del suicidio suelen ser parte de la preparación profesional de psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas y asistentes sociales de psiquiatría. Ahora bien, a veces puede ocurrir que no haya la coordinación suficiente entre las actividades que corresponden a cada uno de esos tipos de personal. En esos casos puede ser muy útil la organización de reuniones locales y debates acerca de la distribución de funciones en los equipos de prevención del suicidio, en otros grupos profesionales de la colectividad de que se trate, en las organizaciones de acción social y beneficencia, en los grupos de personal voluntario y en las familias de los pacientes de inclinaciones suicidas.

Para el personal profesional y no profesional de los hospitales psiquiátricos, donde las tasas de suicidio son a menudo particularmente elevadas, hay que organizar, normalmente, programas especiales. En esos programas se debe dedicar particular atención a cuestiones tales como la evaluación del riesgo de suicidio en los enfermos que están a punto de recibir el alta o a quienes se va a permitir una salida de prueba. Gran parte de esta preparación del personal en servicio se puede llevar a cabo en reuniones para el estudio de un caso concreto y se puede relacionar con trabajos de investigación.

## PROGRAMAS PARA ENFERMERAS Y ASISTENTES SOCIALES

En las salas de los hospitales generales ingresan con frecuencia personas que han intentado quitarse la vida. Es corriente que las enfermeras generales sin experiencia psiquiátrica deseen librarse de esos pacientes lo antes posible, y esta actitud puede empeorar el estado de ánimo del enfermo (63).

También es frecuente que las enfermeras de salud pública y los asistentes sociales estén en estrecho contacto con personas propensas al suicidio. Por ello, sería conveniente que ese personal recibiera, antes de terminar sus estudios, la preparación oportuna para enfrentarse con esos problemas, combinándola quizá con los cursos para estudiantes de medicina; los grupos que necesiten mayor experiencia podrían perfeccionar sus conocimientos trabajando con médicos generales. Las enfermeras y los asistentes sociales pueden desempeñar una importantísima función en la identificación de los individuos con inclinaciones suicidas y en su pronto envío a los centros en que hayan de recibir una asistencia apropiada. También pueden contribuir mucho a que la familia comprenda y ayude al enfermo y pueden explicar al equipo terapéutico muchos de los problemas familiares y de otra índole que concurren en un caso determinado. Un medio útil de organizar este tipo de preparación sería convocar grupos de discusión en los que se examinaran casos concretos, con la intervención de los distintos sectores del equipo terapéutico (64).

## PROGRAMAS PARA OTROS GRUPOS PROFESIONALES

Sacerdotes, juristas, maestros y policías pueden desempeñar una función importante en la prevención del suicidio, por lo que conviene organizar cursos en los que quienes ejercen esas profesiones o se preparan para ellas adquieran los conocimientos necesarios para aportar una colaboración eficaz a esa labor preventiva. En vista de la elevada incidencia del suicidio entre las personas que viven solas, los servicios de prevención debieran informar a los gerentes de hoteles y propietarios de pensiones de los medios de asistencia disponibles en caso de necesidad.

PROGRAMAS PARA EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS  
EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Los programas para el personal de estos centros deben consistir, siempre que sea posible, en el adiestramiento práctico en el servicio.

Puede ser muy útil contar con la colaboración de otras personas, por ejemplo estudiantes de las profesiones relacionadas con la salud mental

y personal no profesional dispuesto a trabajar desinteresadamente. En la actualidad están estableciéndose los principios a que han de ajustarse los métodos de selección. Según algunos directores de programas, el personal voluntario no profesional, debidamente dirigido, puede ser de gran utilidad durante las crisis conducentes al suicidio y, de modo más general, en los casos psiquiátricos urgentes. A este personal ha de dársele una formación básica cuidadosa.

En algunos países, los centros especiales de prevención del suicidio pueden encargarse de organizar programas educativos destinados al público general o a personal especializado. En este último caso, ha de dedicarse atención particular a la preparación de los que hayan de asumir funciones docentes, dándoles por ejemplo cursos sobre psicología de la educación y sobre métodos de presentación del material de enseñanza.

---

# ESTADISTICA E INVESTIGACION

## ESTADISTICAS DISPONIBLES

### *Suicidio*

Las comparaciones internacionales de datos estadísticos relativos al suicidio se basan principalmente en los cuadros publicados por la OMS (65 y Anexo 3). Ahora bien, estos cuadros son una compilación de datos estadísticos nacionales facilitados por unos 52 países, de un total de 125. Las estadísticas nacionales disponibles aparecen, en algunos casos, divididas por regiones, por circunscripciones administrativas más pequeñas e incluso por sectores o distritos censales. Otras fuentes de datos estadísticos relativos al suicidio son las encuestas locales realizadas por organismos o por especialistas con finalidades concretas, con frecuencia proyectos de investigación y registros acumulativos de casos psiquiátricos (66). Deben investigarse las razones de que no se informe sobre determinadas estadísticas vitales. Es de esperar que en un futuro próximo sea posible incluir en las tabulaciones internacionales de datos relativos al suicidio una sección en la que se describan los procedimientos que se utilizan en cada país para reunir esa información.

### *Intento de suicidio*

Probablemente en ninguna parte se acopian estadísticas nacionales fidedignas de las tentativas de suicidio (67). Ciertos estudios sistemáticos llevados a cabo en algunos centros de Inglaterra, Suiza y Estados Unidos muestran que la proporción entre las tentativas de suicidio y los suicidios consumados son de 8:1 y de 10:1. En los países donde existen servicios coordinados para la prevención del suicidio, éstos podrían llevar un registro confidencial de las personas que hayan intentado suicidarse o tengan inclinaciones suicidas. Las notificaciones a ese registro podrían hacerlas los médicos y tal vez otras personas que hayan recibido una preparación especial para la identificación de casos. Desde luego, habría que evitar toda actuación discriminatoria.

## METODOS DE RECOPIACION DE DATOS SOBRE EL SUICIDIO

La declaración de que una muerte súbita o violenta constituye un suicidio puede corresponder a determinados servicios oficiales, como los departamentos de policía, a ciertos funcionarios, como los jueces o los médicos forenses, o a los médicos generales o especialistas.

Es necesario definir de un modo más preciso la competencia para actuar en estos casos. La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio está llevando a cabo un estudio comparativo — muy necesario — sobre los procedimientos seguidos en diferentes países para determinar si un fallecimiento constituye o no un caso de suicidio. Los criterios utilizados para llegar a esa declaración son diferentes en los distintos países. Por ejemplo, en algunos es obligatoria la autopsia y en otros no; en algunos países se exige con más frecuencia que en otros una prueba pericial para confirmar que la causa de la muerte es un acto suicida. La decisión final acerca de si el fallecimiento se debe calificar de suicidio puede ser de la competencia de una autoridad distinta de la que practica la investigación sobre el caso. Así ocurre, por ejemplo, en Escocia.

Los requisitos formales y oficiales que deben llenar los certificados de defunción pueden velar el hecho de que ésta se deba a un suicidio: por ejemplo, « causa inmediata del fallecimiento: bronconeumonía, debida a una causa secundaria: dosis excesiva de barbitúricos ».

## TABULACIONES ESTADISTICAS

La división, por grupos demográficos o sociales, de las cifras relativas a los suicidios varía de unos países a otros. En algunos países se dan tasas de suicidio clasificadas según uno o más de los siguientes criterios: edad, sexo, estado civil, grupos rurales o urbanos, distritos administrativos hasta los de menores dimensiones, profesión, clase social, desempleo o jubilación, raza, lugar de nacimiento, mes del año, método utilizado. Las tabulaciones se pueden elaborar indicando cuáles son las variables de que se informa y qué países lo hacen, así como las fuentes de que proceden los datos relativos al suicidio (informes de los juzgados, atestados de la policía, etc.). Las tasas relativas a las tentativas de suicidio deben clasificarse de la misma forma.

## VALOR DE LAS ESTADISTICAS DISPONIBLES SOBRE EL SUICIDIO

Se puede afirmar, casi con seguridad, que en ninguna parte se notifica la totalidad de los suicidios que se han producido, por lo que las estadísti-

cas no reflejan la verdadera incidencia de éstos. El conocimiento exacto de la incidencia es muy importante cuando el problema a que se ha de hacer frente es el de la prevención de los suicidios. La importancia de ese conocimiento es menor cuando lo que se quiere es comparar las tasas de suicidio de los diferentes grupos de una misma comunidad a fin de explorar los factores relacionados con el suicidio o que predisponen al mismo. En este último caso, entre las causas de los errores que merman la veracidad de las estadísticas y dificultan las comparaciones de carácter internacional, se encuentran las siguientes:

a) diferencias en los métodos nacionales utilizados para definir, determinar y registrar los suicidios. Por ejemplo, en los países en desarrollo donde es difícil practicar una autopsia y hay pocos servicios de laboratorio adecuados, pueden pasar inadvertidos los suicidios por envenenamiento;

b) presiones de carácter social, cultural y personal ejercidas sobre la autoridad que haya de declarar el suicidio; por ejemplo, actitudes culturales frente al suicidio, condena religiosa o legal del mismo, situación económica o clase social de las personas que lo hayan cometido;

c) diferencias en el grado de eficacia con que se prepara el censo de población. Las tasas de suicidio están relacionadas con éste.

Como se ha señalado anteriormente, si se quiere proceder a comparaciones útiles entre las tasas de suicidio de diferentes países, será necesario tener muy en cuenta la necesidad de mejorar el valor de las estadísticas. Actualmente, al proceder a dichas comparaciones debe actuarse con cautela y con las necesarias reservas. No obstante, si se tienen en cuenta las limitaciones que acaban de indicarse y se emplean métodos adecuados para ponerles remedio, la comparación crítica de esos datos puede facilitar información valiosa (68). Es necesario un estudio detenido de las diferencias entre los métodos empleados en los distintos países para la búsqueda y registro de casos, así como para la obtención de las tasas de suicidio.

Las comparaciones de datos relativos a un mismo país pueden ser especialmente valiosas, siempre que se haya mantenido el mismo sistema de registro. Si ello es así, las fluctuaciones observadas en las tasas correspondientes a distintos años pueden ser indicio de tendencias importantes (69) y las diferencias persistentes, en las tasas correspondientes a los diferentes grupos étnicos, pueden considerarse como auténticas. Cuando se realicen investigaciones en regiones con poblaciones semejantes y con idénticos métodos de registro, la comparación de las tasas de suicidio correspondientes a variables demográficas o de otro tipo permitirá probablemente obtener informaciones valiosas para los servicios de prevención (70).

### *Intentos de suicidio*

Los problemas que plantea la búsqueda, definición y registro de tentativas de suicidio, son aún más difíciles de resolver. Es necesario que, tanto en un mismo país como en países diferentes, los investigadores lleguen a un acuerdo en cuanto al criterio y procedimiento a seguir en la notificación de casos.

#### MEJORAMIENTO DE LAS ESTADISTICAS

La veracidad de las tasas de suicidio de un país dependerá de la eficacia con que se elabore el censo de la población y con que se comprueben y notifiquen los casos de suicidio (71). La cobertura dependerá de la amplitud de los aspectos que se incluyan en el censo. Es especialmente necesario aumentar la cobertura de las estadísticas relativas a los intentos de suicidio, mediante: a) la obligatoriedad, por prescripción legal, de la notificación de las tentativas de suicidio a las autoridades de sanidad, por lo menos en una zona experimental, y b) la inclusión, en los informes que normalmente se remiten al registro central, de los casos de intento de suicidio admitidos en los servicios de urgencia y salas de tratamiento de los departamentos de sanidad del país.

Entre las nuevas preguntas que podrían incluirse en el censo, a fin de calcular tasas específicas en los suicidios, figuran las siguientes: si la persona inscrita es un estudiante; forma de vida; si vive sola; qué familia tiene, y en qué trabajan las personas de edad, indicando, en su caso, si están jubiladas.

#### *Mejoramiento de los métodos de recopilación y ordenación de datos*

Debiera comprobarse sistemáticamente si se sigue un procedimiento uniforme en la preparación de los informes de las autoridades que intervienen en los casos de suicidio, a fin de garantizar el mantenimiento de unas mismas normas. Debe hacerse todo lo posible para que la declaración oficial de suicidio siga, en todos los casos, la misma tramitación. En Los Angeles, el oficial médico (« coroner »), a quien corresponde formular esa declaración, cuenta con la ayuda de personal especializado. Estos procedimientos debieran ser objeto de mayor estudio. Por ejemplo, el « coroner » podría valerse de la ayuda de sociólogos o de asistentes sociales psiquiátricos, para el interrogatorio de testigos. El sistema seguido es importante tanto para la prevención del suicidio como para la obtención de estadísticas.

A fin de comprobar si los procedimientos seguidos en las declaraciones oficiales de suicidio son satisfactorios, se podría realizar un estudio en el que unos observadores independientes evaluaran también los datos puestos a disposición de las autoridades y clasificaran los casos como suicidio o accidente, o como casos dudosos.

#### INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS Y ECOLOGICAS

Muchos de los problemas metodológicos que se presentan en las investigaciones epidemiológicas — búsqueda de casos, definición de los mismos y muestreo — se simplifican en relación con el suicidio debido a la existencia de normas legales para averiguar las causas y dejar constancia de las muertes violentas. Además, los estudios ecológicos de los factores sociales que influyen en los suicidios pueden muy bien sugerir hipótesis acerca de la importancia y la aplicación de esos factores en otras perturbaciones de la conducta.

El método epidemiológico puede ser utilizado con provecho para investigar los efectos de los siguientes factores en la incidencia del suicidio:

a) la urbanización y la debilitación de la influencia que anteriormente ejercían las instituciones religiosas, especialmente en los países en desarrollo: la desintegración de la estructura tribal de la sociedad;

b) la transformación de la condición social y del papel de las mujeres en los países que experimentan una evolución social rápida;

c) los cambios de posición social, especialmente el descenso de categoría, la pérdida del empleo y la sensación de que se ha dejado de pertenecer a un grupo: probablemente, considerados en sí mismos, estos factores son más importantes que la pobreza para inducir al suicidio;

d) el aislamiento y la sensación de haber perdido toda función social, especialmente en las personas de edad, al jubilarse (conviene señalar que en algunos países, donde los ancianos disfrutaban de alta consideración social, no se observa el aumento en la proporción de suicidios que en otras partes es corriente entre las personas de edad);

e) la descarga de impulsos agresivos.

El método epidemiológico se puede utilizar también para estudiar la relación entre las características sociales y culturales y la incidencia de los diferentes procedimientos de suicidio.

Los estudios epidemiológicos son necesarios para determinar los grupos sociales y demográficos en que el riesgo es elevado. Cuando se encuentra una elevada tasa de suicidios en un grupo amplio y heterogéneo debe procederse a un estudio más detenido para determinar el componente que determina esa elevada proporción. Si la tasa correspondiente a un

subgrupo es normalmente más elevada que la correspondiente a otro (por ejemplo, la de los varones en relación con la de las mujeres) pero se observa una excepción, se pueden encontrar indicios valiosos en un nuevo estudio.

Las investigaciones epidemiológicas permiten señalar entre los factores relacionados con los cambios en las tasas de suicidio la depresión económica, los trastornos sociales y el principio de los meses del estío. La guerra, por el contrario, parece determinar una disminución de los suicidios.

Es preciso someter a estudio durante largo tiempo muestras seleccionadas y no seleccionadas de personas que hayan intentado suicidarse; este estudio no es sólo para comprobar cuántas de ellas terminan por consumir el suicidio, sino para conocer los efectos que el acto suicida determina, a corto y largo plazo, en el aspecto social y en otros órdenes de la vida del individuo.

### *Mejoramiento de la metodología*

Si se da por supuesto que el censo y los métodos de registro de los casos de suicidio son satisfactorios, los principales problemas metodológicos que se presentan en estudios de este tipo son la definición y la medición de las variables sociales. Por ejemplo, ¿cómo puede definirse con precisión el aislamiento social y qué índices deben emplearse para medirlo? Además, para que los estudios de correlación tengan valor, hay que establecer hipótesis que permitan formular predicciones y comprobarlas oportunamente. Su interés, desde el punto de vista de la prevención, consiste en señalar la importancia de los factores sociales que influyen en el suicidio y que se pueden remediar mediante una actuación adecuada. No se deben generalizar las conclusiones a que se haya llegado en un medio cultural determinado.

### INVESTIGACIONES CLINICAS

Los estudios de los casos de suicidio se basan en los archivos judiciales, los ficheros de la policía y las historias clínicas y antecedentes de los pacientes que estuvieron en hospitales generales o psiquiátricos poco antes de consumir el suicidio o en la época en que lo consumaron (73), el examen clínico de los pacientes psiquiátricos con ideas suicidas y las investigaciones relacionadas con las personas que intentan suicidarse. Sería conveniente que se uniformase el procedimiento a seguir en estos estudios.

Como se ha dicho anteriormente (pág. 18) la declaración de la existencia de un trastorno mental en las personas que cometen un acto

suicida depende en parte de la minuciosidad de la investigación y en parte de la definición de trastorno mental. Como las definiciones de enfermedad mental y de los trastornos mentales específicos varían mucho, se debe hacer constar claramente la definición utilizada en cada caso. Es recomendable que los individuos de conducta suicida sean sometidos a un estudio intensivo. En todos los casos, se deben estudiar las características personales de los pacientes. También se pueden estudiar las crisis emocionales y las situaciones que hayan precedido al suicidio, la historia psiquiátrica del individuo y las circunstancias sociales, así como las consecuencias psicológicas y sociales de los intentos de suicidio.

En los estudios encaminados a definir las circunstancias ambientales que predisponen al suicidio, el principal requisito metodológico consiste en comparar un grupo de personas que hayan cometido suicidio con la población general.

Los síntomas clínicos relacionados con el suicidio se pueden estudiar mediante la observación de un grupo al que sea aplicable un diagnóstico determinado para ver en qué aspectos clínicos difieren las personas que cometen suicidio de las que no lo cometen.

---

NOTAS

1) Una importante fuente de información es la bibliografía relativa a los años 1897-1957: Farberow y Shneidman (1961).

2) Parkin y Stengel (1965) realizaron un estudio minucioso de la incidencia de los intentos de suicidio en Sheffield (Inglaterra), utilizando los registros de accidentes de los hospitales generales y de los hospitales para enfermos mentales, así como un cuestionario distribuido a los médicos generales. Estimaron que la proporción entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados, en los años 1960 y 1961, fue de 9,7 a 1. En esa estimación no se incluyen los casos que no llegaron a conocimiento de ningún médico. Shneidman y Farberow (1961) estiman que en Los Angeles (Estados Unidos) el número de tentativas de suicidio era de 7 a 8 veces mayor que el de suicidios. Por el contrario, Prokupek (1967) encontró sólo dos casos de intento de suicidio, por cada suicidio consumado, en la información reunida en Checoslovaquia sobre los años 1963-1966.

3) Dublin (1963) informa sobre un estudio realizado por estadígrafos del Departamento de Sanidad de Nueva York, relativo a los fallecimientos ocasionados por envenenamiento con barbitúricos, inhalación de gases y caídas de lugares elevados, todos ellos en circunstancias no conocidas; ese estudio parece indicar que los casos oficialmente reconocidos como de suicidio son inferiores a la realidad en una cuarta o una tercera parte. Stengel (1964) da nuevos detalles sobre los motivos de que no se informe acerca de todos los casos, y cita a Kessel (comunicación personal) que verificó una muestra no seleccionada de casos conocidos de suicidio, en Escocia, y encontró que sólo se habían registrado como tales la mitad de ellos.

4) Varios investigadores han señalado aumentos, especialmente en el número de casos de suicidio por envenenamiento. Por ejemplo, Bappert (1965) observó que, en un departamento médico, el número de esos casos se había cuadruplicado de 1947 a 1961, mientras el número total de enfermos únicamente se había duplicado. Basándose en las estadísticas de los seguros de enfermedad estimó que en Alemania, donde en 1955 y 1956 el promedio de las personas que intentaron suicidarse o se causaron lesiones a sí mismas fue de 0,45 por 1000 personas aseguradas, en 1960 ascendió la proporción al 2%. Ringel (1965) observó que, mientras el número de personas que intentaron suicidarse en Viena y fueron atendidas por el Lebensmüdenfürsorge, entre 1948 y 1957, sólo experimentó un ligero aumento, en el grupo de 14 a 20 años la proporción, que era de un doceavo, pasó a ser de un sexto. Evans (1967) encontró un aumento de un 63% en las tasas anuales de prevalencia en los casos de envenenamiento voluntario agudo, de 1962 a 1965. Kessel (1966) calculó el número anual de casos de envenenamiento voluntario admitidos en el dispensario principal de Edimburgo. De 1928 a 1950, las cifras oscilaron entre 50 y 100 al año, pero después aumentaron rápidamente, llegando a 600 en 1960.

5) Stengel y Cook (1958, página 129) consideran los actos suicidas como accidentes en la lucha por la adaptación al medio social. Su resultado depende no sólo de la relación entre el impulso de propia destrucción y el instinto de conservación del individuo, sino también de las reacciones inmediatas del medio en que éste vive.

6) Stengel (1967) afirma: « El hecho de que muchos actos de autoagresión no puedan causar la muerte, de que se niegue con frecuencia la intención suicida y de que se admita la finalidad de causar una impresión en el medio social, nos hace dudar de la justificación de describir tales actos como « intentos de suicidio » ...; sin embargo, la expresión « intento de suicidio » tiene la ventaja de que señala el elemento de auto-destrucción que hay en esos actos — que puede estar latente — y la predisposición suicida de esas personas, probada por su tasa excesivamente elevada de suicidios. »

Kessel (1966) estima que las expresiones « autoenvenenamiento » y « auto-agresión » son más adecuadas que « intento de suicidio » para designar los actos que el individuo comete deliberadamente contra sí mismo. En sus estudios posteriores de casos concretos la definición del acto suicida exige tres requisitos: voluntariedad, conocimiento de que la cantidad de la droga u otra sustancia que haya sido absorbida era excesiva; intención dañosa. La dificultad reside en la medición objetiva de las intenciones. Varios investigadores, incluidos los dos mencionados, han señalado que las intenciones de los pacientes son con frecuencia ambivalentes y que, en muchos casos, el paciente parece no recordar, después de su restablecimiento, que su acto tuviera una razón consciente o no quiere o no puede explicar esa razón. (Véase también Shneidman, 1963.)

No se ha llegado a un acuerdo general sobre la definición de los términos utilizados. Stengel (1963) estima que « los médicos deben partir del supuesto de que si una persona actuó como si hubiera intentado suicidarse, la intención suicida existía realmente, cualquiera sea la forma en que el individuo explique sus actos ». Kessel (1966) en cambio dice que « si se presume que los pacientes que se han envenenado o se han infligido una lesión lo han hecho con el propósito de suicidarse, se parte de una posición que no es razonable y que puede impedir que se demuestre lo contrario ».

En cuanto al empleo de la palabra « suicidio », Litman (1966) representa probablemente una opinión extendida al decir: « no creo que la sociedad esté preparada para una nueva taxonomía de la muerte. Más bien debemos instar a los jueces, abogados y policías a que usen las clasificaciones corrientes y aceptadas con mayor reflexión y consecuencia ». Es necesario estudiar la posibilidad de formular definiciones aceptadas de un modo más general, como se señala en la sección relativa a la estadística e investigación.

7) Dublin (1963, página 43) presenta un cuadro correspondiente a 1959 sobre los suicidios de negros, indios, chinos y japoneses en los Estados Unidos. El cuadro contiene una distribución porcentual basada en el medio empleado. En los dos primeros grupos predominó el uso de las armas de fuego y los explosivos; en los otros dos, la ahorcadura y la estrangulación. Dublin se refiere también a las diferencias en el procedimiento empleado en el medio urbano y rural.

8) Stengel (1964, página 34) señala, por ejemplo, que en Basilea, Suiza, hubo durante largo tiempo una elevada tasa de suicidio, utilizándose con preferencia el gas doméstico. Cuando se destoxificó el gas, se observó una breve reducción de la tasa de suicidios, que volvió, sin embargo, al elevado nivel anterior un año después; el método más corrientemente empleado fue el ahogamiento por sumersión.

9) Stengel y Cook (1958, página 19 y siguientes) examinan la bibliografía sobre los intentos de suicidio y señalan que la utilidad de ésta estriba en que ha permitido estudiar ciertos problemas en los que no cabe una investigación a fondo después de la muerte del individuo. Afirman, sin embargo, que las tentativas de suicidio presentan

aspectos que les son propios, además de los que tienen en común con el suicidio consumado. Examinan el carácter especial de las muestras disponibles de intentos de suicidio (página 33) y llaman la atención sobre la diversidad de los casos conocidos (no representativos del total, que es desconocido, de las tentativas de suicidio, de su clasificación porcentual según el sexo y de las diferencias de criterio en cuanto al diagnóstico y destino de los pacientes). Conviene tener esto en cuenta al consultar los cuadros que figuran en el Anexo 2.

10) Stengel y Cook (1958) señalan que la vida de quienes intentan suicidarse puede cambiar en muchos sentidos. Por ejemplo, el acto suicida puede hacer que se diagnostiquen y se traten enfermedades físicas o mentales hasta entonces desconocidas; puede tener también profundos efectos a largo plazo sobre las relaciones humanas y la forma de vida. Estos autores estudiaron no sólo a las personas que habían cometido un acto suicida sino también a los individuos y grupos que constituían el ambiente social de ellas y a los que, con frecuencia, está dirigido el acto suicida. Su reacción ante dicho acto influye en el riesgo de que se repita.

Prokupek, en un informe no publicado sobre estudios realizados en Praga, afirma que los casos examinados de tentativas de suicidio repetidas se dieron únicamente en personas sobre las que se había establecido un diagnóstico psiquiátrico después de un cuidadoso examen médico (principalmente casos de melancolía o desequilibrio psicopático). En los casos en que quien realizó el acto suicida era una persona sana que había reaccionado súbitamente a situaciones de tensión, no se repitió el intento.

11) Dublin (1963, página 11), citando a Ringel (1953), Stengel (1962) y Shneidman (1963), formula esta división y estima que en cada uno de los tres grupos puede incluirse aproximadamente una tercera parte de los actos suicidas.

Hendin (1950) evaluó el grado de intención en una serie de 100 casos, clasificándolo en una escala arbitraria de uno a tres. La evaluación se basaba principalmente en declaraciones del paciente y en las circunstancias y medios empleados. Schmidt y otros (1954) evaluaron 109 tentativas de suicidio, clasificándolas como graves y leves; en una vigilancia que se prolongó, como término medio, unos 8 meses, se comprobó que dos de los individuos observados cometieron suicidio y ambos pertenecían al grupo de tentativas que habían sido calificadas como « graves ». Stengel y Cook (1958) relacionaron la peligrosidad del intento con la manifestación del propósito de suicidarse y llegaron a la conclusión de que con frecuencia están en proporción inversa. Kessel (1966) ideó un « índice de peligrosidad » con el fin de caracterizar todos los actos desde el punto de vista del paciente.

12) Litman y otros (1961) enumeran tales indicadores y dicen que quizá fuera posible idear fórmulas para reducir esos datos a unos pocos índices globales mediante los que pudiera medirse el peligro de suicidio.

13) Weiss y otros (1961) hicieron sin embargo algunos hallazgos positivos, de importancia estadística, entre los que figuraron: 1) las tentativas que, desde el punto de vista psicológico, podían calificarse de « graves », tendían a producir consecuencias médicas peligrosas; 2) las tentativas que probablemente eran graves desde el punto de vista psicológico y peligrosas desde el punto de vista médico fueron realizadas por personas de más de 45 años, individuos preocupados por su salud mental y personas en las que se diagnosticó un proceso psicopático; 3) las tentativas de las personas menores de 30 años, de las que emplearon como método único el envenenamiento y de las que atribuyeron su acto a la perturbación causada por « problemas familiares » no eran generalmente graves desde el punto de vista psicológico ni peligrosas desde el punto de vista médico.

14) Schmidt y otros (1954) observaron que, prescindiendo de los pacientes maníaco-depresivos y los dementes, el promedio de edad de los pacientes en los grupos

calificados de « grave » y « leve » no difería mucho, lo que parecía sugerir que la gravedad de las tentativas pudiera estar relacionada con los períodos de depresión en los pacientes maniaco-depresivos y la demencia en las personas de mayor edad.

15) Así lo afirma, entre otros, Kessel (1965). Stengel y Cook (1958, página 130) explican los resultados de sus estudios sobre la prevención de los actos suicidas y señalan que como el acto suicida sirve para atraer la atención, se deben tomar en serio las manifestaciones del propósito de cometer suicidio; hay que estudiar la situación del individuo para ayudarle en su nueva adaptación a la vida. Lo mismo cabe decir de la situación que se plantea después del intento de suicidio, intento que lleva en sí un mensaje para el medio humano en que se ha producido. Ese mensaje, de cuyo significado el sujeto no tiene frecuentemente conciencia, ha de ser descifrado y formulado. La comprensión del llamamiento implícito en un intento de suicidio permitirá que los que quieran ayudar al suicida lo hagan de un modo racional y eficaz y que impidan así la repetición del acto. La exploración aquí prevista no exigirá necesariamente mucho tiempo y normalmente será posible realizarla mediante entrevistas psiquiátricas.

16) Kessel y McCulloch (1966) informan sobre la observación durante un período de uno a dos años de los 511 pacientes que ingresaron en un hospital en un año (1962-63) por haberse envenenado o lesionado deliberadamente. De este número, 97 (19%) habían repetido el acto en un período de un año; 20 de ellos lo habían repetido dos veces; siete, tres veces, y dos, cuatro veces. Ocho (1,6%) se habían quitado la vida. Para 1965, 20 (4%) habían consumado el suicidio (McCulloch y otros, 1967). En este último estudio sobre la ecología de la conducta suicida, se observó que la relación de causalidad más estrecha era la existente entre el hacinamiento en la vivienda y los actos en que el individuo se envenena o se lesiona a sí mismo. Se disponía de mucha más información sobre los veinte casos en que se había consumado el suicidio que sobre los otros. Evans (1967) utilizó datos del *Oxford Record Linkage Study* para la observación ulterior, con fines epidemiológicos, de los pacientes ingresados en el hospital por haberse envenenado deliberadamente.

17) Gorceix y Zimbacca (1965) informaron de que en el 41% de los 148 casos investigados por ellos, los suicidas habían anunciado previamente su intención. Kessel (1965) comprobó que el 34% de 511 pacientes ingresados por envenenamiento habían manifestado su propósito de suicidarse y que en el 62% de los casos en que se había hecho ese anuncio no se había tomado ninguna medida. Motto y Greene (1958) observaron, en el historial de 175 casos de suicidio consumado y 197 intentos de suicidio, que el 25% de los individuos habían buscado asistencia médica durante el mes anterior al acto suicida. La mitad de los 134 casos de suicidio estudiados por Robins y otros (1959) habían anunciado su intención de quitarse la vida; el porcentaje era especialmente elevado entre los maniaco-depresivos y los alcohólicos.

18) Por ejemplo, Hendin (1964) dice que la baja tasa de suicidios que, en comparación con Suecia y Dinamarca, se registra en Noruega, pudiera explicarse, en gran parte, por los distintos procedimientos seguidos en la educación de los niños. En Suecia, el tipo prevaleciente de suicidio tiene su raíz en el rigor con que se trata de imponer un alto nivel de conducta y en los sentimientos de animadversión que, contra sí mismo, desarrolla el individuo al fracasar en sus esfuerzos, sobre todo si media el antecedente de una temprana separación de la madre en la infancia. En Dinamarca, a juicio de Hendin, el suicidio resulta, en parte, de la tendencia a la supresión de los impulsos agresivos y a despertar en otros sentimientos de culpabilidad, todo ello dentro de los patrones familiares. Estima Hendin que si en Noruega hay una tasa de suicidios menor es porque los sistemas de educación de los niños desarrollan una mayor independencia del individuo que en Dinamarca y en Suecia, y una mayor libertad para expresar sus emociones y los impulsos de agresión.

Iga (1966) encontró elevados niveles de dependencia, de deseo de autoafirmación y de inseguridad entre los jóvenes suicidas japoneses y relacionó estos elementos componentes de la personalidad con factores de la estructura social y métodos de educación que pueden ser el origen de las elevadas tasas de suicidio entre los jóvenes japoneses.

19) Yap (1958a) muestra que la androfonomanía, que se da con cierta frecuencia en algunas partes del Asia Sudoriental, es un ejemplo de homicidio combinado con suicidio: la persona ataca ciegamente y trata de matar a todo el que encuentre en su camino hasta que se la mata o se la domina de otra manera. Esta forma de conducta tiende a hacerse habitual cuando se idealiza y se recompensa la agresividad, con lo que se reduce la tolerancia de la frustración. Tienen interés a este respecto los casos estudiados en diversas partes de Africa (Bohannon, 1960). Fallers y Fallers (1960), por ejemplo, dicen que actualmente en Busoga el derrumbamiento de las instituciones tradicionales parece *reducir* la frecuencia del homicidio y del suicidio en vez de aumentarla.

20) Esta afirmación queda comprobada por el estudio de Murphy y Robins (1967) en el que se comparan los efectos de una reciente aflicción o pérdida muy sensible en el suicidio de 31 alcohólicos y 60 maniaco-depresivos: 15% de los primeros y 48% de los segundos habían padecido la pérdida en el año inmediatamente anterior.

21) Bagley (1968) ha tratado de evaluar la eficacia de estos sistemas de ayuda de los « samaritanos » (véase también la nota 59) para la prevención del suicidio. Utilizó un método ecológico de investigación que había demostrado su valor en anteriores estudios sociológicos. Comparó la tasa de suicidios en las 15 ciudades británicas en las que se había utilizado un sistema « samaritano » durante dos años con las tasas registradas en 15 grupos elegidos en otras 157 ciudades británicas en las que se habían realizado ya investigaciones para encontrar variables demográficas, sanitarias, sociales y económicas. Las tasas de suicidio en estas últimas ciudades fueron superiores (en un 1%) a las de las ciudades con servicios de « samaritanos ». Se eligió un segundo grupo para la comparación de tasas por edad, sexo y clase social. Nuevamente, en las ciudades sin servicios de « samaritanos » se registraron mayores tasas de suicidio (a un nivel del 1%) que en las ciudades « samaritanas ». Como señaló el autor, cabe objetar que los casos llegados a conocimiento de los « samaritanos » eran de personas que intentan suicidarse, más bien que de personas que cometen suicidio, y que entre aquéllas y éstas pueden existir diferencias desde el punto de vista psiquiátrico; en consecuencia, la eficacia del servicio « samaritano » tal vez consista en evitar intentos de suicidio que pudieran haber tenido por accidente consecuencias fatales. No obstante, no se ha publicado ningún trabajo sistematizado sobre las características de las personas que utilizaron esos servicios.

Pudiera también argüirse que algunos aspectos de la actividad social han conducido tanto al establecimiento de un sistema de prevención como a la reducción de la tasa de suicidios. Esto sería difícil de comprobar.

22) Sainsbury (1955) relacionó los casos de suicidio comunicados por los 28 distritos metopolitanos de Londres y por la City con índices referentes a sus características sociales; también estudió esta relación mediante el examen de los informes de todos los suicidios (409) notificados al « coroner » en el norte de Londres, durante el periodo de 1936-1938. Varias de las afirmaciones que figuran en el texto proceden de este autor.

Sainsbury (1961) comparó las tasas de suicidio de los ancianos en 20 países y encontró que no tenían relación con la existencia o cuantía de las pensiones; es más, en diez países la introducción de sistemas de jubilación no determinó una disminución de la tasa de suicidios en las personas de edad. Sin embargo, como dice Stengel (1965), esto puede interpretarse en el sentido de que la ayuda económica, por sí sola, es insuficiente y que pueden influir otros factores con efectos negativos. Sainsbury (1961)

mostró, como resultado de sus estudios, que la enfermedad física es un factor que contribuye al suicidio en un 35% de los pacientes de edad avanzada.

Estudios efectuados en Nigeria (Asuni, 1962), Corea (Kim, 1959 y 1963) y antes de la guerra en China (Yap, 1963) parecen indicar que cuando las personas de edad ocupan una situación elevada en la estimación social las tasas de suicidio no son tan altas.

23) Kruijt (1960, página 430), basándose para sus conclusiones en las estadísticas de la OMS, señala que esta disminución en los suicidios de las personas de edad se ha manifestado más firmemente en la Gran Bretaña, los Países Escandinavos y, entre las poblaciones blancas, en los países de la Commonwealth, donde el estado de salud de las personas de edad avanzada es mejor que en los países en que la tasa de suicidio no ha disminuido de esa manera. Además, opina que existen razones para pensar que la emancipación de las mujeres es comparable en Gran Bretaña y en los Países Escandinavos a la de las mujeres de los Estados Unidos, cosa que no puede afirmarse de los demás países de Europa occidental.

24) Por ejemplo, en las Universidades de Oxford y Cambridge (Inglaterra) la tasa de suicidios de los estudiantes de sexo masculino era de tres a cinco veces mayor que la registrada en la población general entre los varones de la misma edad; sin embargo, ese aumento era mucho menos acentuado en siete universidades de provincias (Rook, 1959). Entre 40000 varones, antiguos alumnos de la Universidad de Pensilvania y de la Universidad de Harvard, se dio una tasa de suicidio de 5,45 por 100 000 (Paffenbarger y Asnes, 1966). En un examen de casos (de 15 a 40 años) se había observado previamente que la característica dominante en los suicidios era la pérdida o la prolongada ausencia del padre en los primeros años de la vida.

25) Kessel (1965) comprobó que la proporción de muchachas de Edimburgo, de 15 a 19 años, que habían tratado de envenenarse en un solo año era de más de una por 500. La causa inmediata fue frecuentemente una contrariedad amorosa. En un estudio de las personas internadas en hospitales de la región de Oxford, Inglaterra, por haberse envenenado, Evans (1967) encontró una tasa de 16,4 por 1000 en cuatro años, entre las mujeres casadas de menos de 20 años de edad. Otto (1965), en un estudio realizado en Suecia, de 1955 a 1959, sobre 1727 casos de intento de suicidio, en personas de menos de 21 años de edad, observó que el 80% eran del sexo femenino. En una tercera parte de los casos, se adujeron como motivo problemas amorosos y en otra tercera parte, problemas familiares y de hogar. Del 32% que asistía a la escuela, sólo el 18% indicaron problemas escolares como causa determinante. Weitbrecht (1965), al examinar la bibliografía sobre este tema, señala también la elevada frecuencia de los problemas amorosos y sexuales entre las causas que determinan actos suicidas en la adolescencia. Gautier y otros (1965) observaron que, de 2000 casos de envenenamiento no accidental, atendidos en un centro francés de lucha contra el envenenamiento, durante un periodo de cuatro años y medio, el 20% estaba comprendido entre los 15 y los 21 años, y tres cuartas partes eran del sexo femenino; el 40% de estos adolescentes tenían a su padre ausente y habían sufrido durante largo tiempo escasez de vínculos afectivos o graves conflictos familiares. Muchos de ellos habían vivido solos. Jacobziner (1960) observó que en el grupo de 8 a 19 años, tres cuartas partes de las personas que habían intentado suicidarse en Nueva York, de 1955 a 1958, eran del sexo femenino. En el 8% de los 299 casos, el padre había fallecido. Yap (1958) observó que entre los chinos de Hong Kong muchos intentos de suicidio tenían por causa inmediata un agudo conflicto interpersonal determinante de un estado manifiestamente « hipererídico » (palabra inventada por Lindemann) caracterizado por impulsividad, incertidumbre de propósito, falta de planeamiento y ejecución ineficaz de los actos. Observa este autor que el hipereidismo puede encontrarse en personas pertenecientes a civilizaciones que normalmente niegan al individuo las posibilidades de afirmar su propia personalidad;

esas personas pueden estar al margen de toda sospecha de anomalía en sus impulsos biológicos. Estima este autor que la proporción relativamente elevada de mujeres jóvenes entre las personas que integraron la muestra por él estudiada, de chinos que intentaron suicidarse en Hong Kong, refleja la situación subordinada de la mujer en una cultura de tipo tradicional con orientación patriarcal y predominio del hombre.

26) Tal vez los estudios más convincentes son los de Helgason (1964) y Fremming (1951) que observaron, durante muchos años, grupos de población muy numerosos. Los casos de muerte y de suicidio en individuos que se encontraban en un estado psiquiátrico determinado figuran en el Anexo 2, Cuadro 8.

27) Sainsbury (1963) aduce pruebas de que, a partir de la adopción de la política de «puerta abierta», hay una considerable reducción en las tasas de suicidio entre los pacientes que residen en los hospitales psiquiátricos de Inglaterra. Esta reducción se ha producido a pesar del aumento en la tasa de ingreso de personas con psicosis depresivas y de la elevación del promedio de edad de la población residente.

28) Robins y otros (1959) observan que, de un grupo de suicidas, el 41% de los hombres y el 58% de las mujeres sufrían una fase depresiva de una enfermedad manícodepresiva. Señalan que, al diagnosticar una enfermedad maniaco-depresiva, es importante tener en cuenta que, en la mitad de los casos, el principio se produce después de los 40 años (véase también Lundquist, 1945 y Stendstedt, 1952), lo que diferencia esta enfermedad de otros trastornos psiquiátricos «funcionales».

29) Pitts y Winokur (1964) estudiaron los antecedentes de los padres y madres de 365 enfermos maniaco-depresivos; integraban aquel grupo, en total, 422 personas, todas ellas fallecidas. En 31 de las madres (13%) se había diagnosticado un probable trastorno mental y 2 de ellas cometieron suicidio; el mismo diagnóstico se había dado de 25 de los padres (11%) y 7 de ellos se habían suicidado. Cita este autor los hallazgos de Langelüddeke (1941): de 110 pacientes maniaco-depresivos de sexo masculino y 231 de sexo femenino, vigilados por un periodo de 40 años, el 25% de 92 hombres fallecidos y el 10% de 176 mujeres fallecidas habían cometido suicidio.

30) Asuni (1962) señala que en la actualidad se acepta generalmente que las enfermedades depresivas y las depresiones que complican otras enfermedades físicas y psiquiátricas son, en Africa, más frecuentes de lo que antes se creía. De su muestra de casos de suicidio registrados en Nigeria Occidental, el 24% habían sufrido psicosis y, a juicio de este autor, la mayoría de ellas eran depresivas. En un estudio de 29 individuos que habían intentado suicidarse, Asuni (1967) y un colaborador examinaron a 13 personalmente y encontraron que tres de ellos sufrían psicosis depresiva. Field (1960) señala que la depresión es la enfermedad mental más frecuente entre las campesinas Akan.

31) Varios autores, entre ellos Kielholz (1965) y Kielholz y Pöldinger (1964), han indicado que el tipo más adecuado de medicamento antidepressivo depende del síntoma que predomine en el síndrome depresivo, como, por ejemplo, la depresión, la ansiedad y la agitación o el retraso psicomotor.

Desde 1962 se está llevando a cabo en cinco clínicas psiquiátricas universitarias de Suiza un programa conjunto de investigación para la experimentación de nuevos antidepressivos, utilizando métodos sujetos a determinadas normas de diagnóstico y de registro de síntomas y de su evolución. Esta investigación se coordina con trabajos similares que se efectúan en Francia, Alemania, Países Bajos y Estados Unidos.

En Inglaterra, el Clinical Psychiatry Committee (1965) comparó los resultados del tratamiento de las enfermedades depresivas mediante una terapia electroconvulsiva

(TEC), imipramina, fenilcina y un placebo, durante periodos breves (4 semanas) y largos (seis meses) de TEC. La TEC y la imipramina determinaban una tasa de recuperación superior a la tasa espontánea observada en los casos de administración de un placebo. El medicamento dio resultados especialmente favorables en los hombres y la TEC en las mujeres.

32) Por ejemplo, Faucett (1958) observó que la depresión aparecía en el 26% de los 202 enfermos de hipertensión esencial a los que se administraron preparados de rauwolfia.

33) Se refieren a esto, entre otros, Labhardt (1959) y Kielholz y Pöldinger (1964).

34) Hippus (1965, página 243) se refiere a los estudios efectuados en colaboración con algunos colegas sobre esos cambios en enfermos esquizofrénicos. Bohaček (1965) halló efectos similares en 41 de los 340 esquizofrénicos tratados con fenotiacinas por un largo periodo. De 500 mujeres esquizofrénicas tratadas con fenotiacinas de piperacina se observó, en el 11-12%, una transición a las psicosis depresivas, de las que anteriormente no mostraban ningún síntoma (Bohaček, 1965a, 1966).

35) Pokorny (1964) comprobó que, en un grupo de maniacodepresivos que se suicidaron, el 30% consumieron este acto en el mes siguiente a su salida del hospital.

36) Estas dos categorías se encontraron en el 10% de los casos de Sainsbury (1955).

37) Helgason (1964) da la cifra del 2,3% para Islandia (véase más arriba la nota 15). Schneidman y otros (1962) comprobaron, en un amplio sistema nacional de hospitales de los Estados Unidos en el que los esquizofrénicos representaban aproximadamente el 71% de los enfermos mentales internados, que el 70% de los suicidios cometidos en los hospitales psiquiátricos correspondían a pacientes de esta categoría. En la mayor parte de los casos el acto suicida se cometió cuando ya la esquizofrenia era menos aguda.

Osmond y Hoffer (1967) examinaron los datos relativos a la conducta de 3521 enfermos diagnosticados como esquizofrénicos en los últimos 25 años (la totalidad de los Estados Unidos, con excepción de 76). En periodos de observación de un promedio de ocho años, cometieron suicidio 62 (es decir, aproximadamente 20 veces más que la tasa general).

38) Esta es la conclusión de Sainsbury (1955, página 87) que apoya su opinión en los estudios ecológicos de Cavan, Schmid y Faris sobre el suicidio y los de Faris y Dunham, Schroeder y Tietze y otros, sobre los trastornos mentales; en esos estudios se asociaban estrechamente los suicidios y los trastornos mentales con la movilidad social, el aislamiento y la desorganización.

39) Ledermann (1952) observó que existía una estrecha relación entre la elevada tasa de suicidios de varones y el considerable promedio del consumo de alcohol en la población estudiada (Francia). Kessel y Grossmann (1961) señalaron que la tasa de suicidios en el grupo de alcohólicos por ellos estudiado era de 75 a 85 veces mayor que las cifras previsibles para los varones de la misma edad del Gran Londres.

40) Szymanska y Zelazowska (1964) observaron que, de 100 niños y adolescentes que intentaron suicidarse en Varsovia, 51 eran hijos de padres alcohólicos: sólo hubo dos casos en que las madres eran también alcohólicas.

41) Battagay (1965) estudió los casos de 58 toxicómanos y 213 alcohólicos. En cinco años de vigilancia posterior, 29 de los toxicómanos realizaron 74 tentativas de suicidio y uno de ellos se quitó la vida. En el periodo comprendido entre año y medio y dos años y medio después del tratamiento, 44 de los alcohólicos realizaron 55 intentos de suicidio y seis lo consumaron.

42) Yap (1958a, página 42) comprobó que la principal causa inmediata de ocho de los 218 casos de suicidio registrados en Hong Kong fue la necesidad, impuesta por la pobreza, de abandonar el consumo de estupefacientes.

43) Sainsbury (1955) estudió separadamente los distritos londinenses más pobres y los de mayor desorganización social y demostró claramente que esta desorganización es el factor principalmente relacionado con una elevada tasa de suicidios.

McCulloch y otros (1967) encontraron que en Edimburgo los suicidios se producían principalmente en dos grupos: a) las personas de edad relativamente elevada, con frecuencia divorciadas o viudas, que vivían solas en casas viejas mal conservadas; y b) individuos más jóvenes, alojados en casas nuevas, en los que se daban tasas elevadas de conducta suicida (frecuentemente con repetidos actos de autoagresión); concurrían en estos últimos condiciones de hacinamiento, escasez de asistencia psiquiátrica, elevadas tasas de delincuencia juvenil y el haber pasado los primeros años de la vida en zonas donde abundaban los problemas familiares graves.

Weiss (1954) efectuó un análisis epidemiológico de 278 suicidios ocurridos en New Haven, Connecticut, entre 1936 y 1950. Encontró que, entre los individuos de las clases socioeconómicas inferiores, las tasas de suicidio eran menores que entre los individuos de las clases más elevadas, aun después de efectuar los ajustes oportunos por razones de edad, sexo y país de origen. En cambio, esta tendencia se invertía en los varones de 65 o más años.

McCarthy y Walsh (1966) observaron que el 27,7% de la muestra por ellos estudiada (284) estaba formado por individuos que vivían solos cuando se suicidaron, mientras que la tasa correspondiente de la población general era el 3%. Las tasas comparables en cinco distritos de Londres (Sainsbury, 1955) fueron de 29,7% (suicidios) y 3,5% (población general).

Por el contrario, en Nigeria, Asuni (1962) encontró entre las personas que no viven solas una mayor frecuencia de suicidios que entre las que viven solas (73,7% y 8,6% del total de suicidios); también era mayor la proporción que, en el total de suicidios, representaban quienes vivían en familia que quienes vivían de otra manera (53,9% y 15,7%).

44) Según Ettlínger y Flordh (1955) el 22% de su muestra de personas que intentaron suicidarse vivían solas.

Kessel (1965) encontró en Edimburgo una relación muy significativa entre las tasas de suicidio por envenenamiento y los índices de desorganización social, tales como las condiciones de hacinamiento en la vivienda y la proporción de personas que viven al margen de un ambiente familiar normal. No existía ninguna relación significativa con los índices de aislamiento social.

45) Varios autores han efectuado investigaciones relacionadas con la teoría de Durkheim (1912) según la cual los periodos de desintegración determinan una elevada tasa de suicidios. Por ejemplo, Kruijt (1960) observó que en los Países Bajos, como en otros países muy industrializados, ha habido un proceso gradual de adaptación a las formas de vida urbana y a las modalidades industriales de la producción, por lo que en las ciudades cabe observar un proceso de reintegración. Sin embargo, en algunas zonas rurales existen todavía grandes fuerzas de desintegración y muchas comunidades rurales están pasando por un periodo de transición. Existen pocas cifras fidedignas con respecto a los países en desarrollo, pero varios investigadores han señalado la necesidad de estudiar los cambios de determinados índices, como las tasas de suicidio, que cabe esperar debido a los rápidos cambios en la industrialización y la urbanización.

46) Un ejemplo muy señalado es el de Inglaterra y el País de Gales, donde uno de cada 50 médicos pone fin a su vida; en un periodo de cinco años, el 6% de todas las muertes de médicos de menos de 65 años se debió a suicidio, proporción semejante a la

de los fallecimientos por cáncer de pulmón (*British Medical Journal*, 1964). La misma revista se refiere a los informes sobre lo elevado de las tasas de suicidio entre los médicos de Dinamarca, Italia y Estados Unidos. Blachly y otros (1963) han encontrado elevadas tasas de suicidio entre los médicos, dentistas y abogados.

47) Las tasas correspondientes a las personas que negocian en licores están muy por encima del promedio en Inglaterra y el País de Gales. En Francia, la tasa de suicidio registrada, en 1951, en los grupos profesionales relacionados con la pesca y la navegación fue cuatro veces superior a la correspondiente al total de la población activa (Candiotti y otros, 1948).

48) Las tasas correspondientes a los trabajadores agrícolas de los Estados Unidos, los labradores de los Países Bajos (Kruijt, 1960) y los agricultores, cazadores y pescadores españoles (España, Instituto Nacional de Estadística, 1959) son significativamente elevadas, mientras que, por el contrario, los labradores y trabajadores agrícolas de Inglaterra y del País de Gales tienen tasas reducidas de mortalidad por suicidio. En Nigeria, la tasa de suicidio correspondiente al grupo de « administradores, profesiones liberales y técnicos » es tres veces superior a la del grupo de « agricultores y pescadores » (Asuni, 1962).

49) La profesión y la situación social están íntimamente relacionadas con las tasas de suicidio. Dublin (1963) señala datos relativos a los Estados Unidos y al Reino Unido que indican que « el suicidio tiene importancia en los dos extremos de la escala social, en la cumbre y en la base de la estratificación socioeconómica ».

Kruijt (1960) muestra que, por lo menos en los Países Bajos, los años de depresión económica influyeron de un modo diferente en las tasas de suicidio, según la clase social y la profesión. Las tasas aumentaron rápidamente en los pequeños comerciantes, artesanos independientes y trabajadores manuales, entre los que se produjo desempleo y disminución de ingresos. Los empleados de oficinas se vieron menos afectados. Sin embargo, en Inglaterra y el País de Gales, según los datos del Registro General, la tasa de suicidios más elevada durante la depresión fue la correspondiente a las clases superiores; de hecho, la proporción de muertes por suicidio disminuyó en las clases IV y V (las inferiores), es decir, que fue precisamente entre las personas más amenazadas por el desempleo donde la tasa de suicidio se vio menos afectada por la depresión. Sin embargo, Swinscow (1951) encontró una estrecha relación, en el periodo comprendido entre 1923 y 1947, entre el número de suicidios y las personas en situación de desempleo entre la población masculina de la Gran Bretaña.

50) Yap (1958a) mostró que la tasa de suicidios entre los inmigrantes de la post-guerra fue cuatro veces mayor que la de la población constituida por los inmigrantes anteriores a la guerra y las personas nacidas en Hong Kong. Pfister-Ammende (1955) comprobó en un grupo de algo más de 5000 refugiados, en Suiza, una tasa de suicidios 5,4 veces mayor que la de la población del país, no registrándose en cambio ni un solo suicidio entre más de 3000 repatriados. En los Estados Unidos, Dublin (1963) observó que la tasa de suicidios entre los varones nacidos en el extranjero era doble que la correspondiente a la totalidad de la población masculina de los Estados Unidos; la proporción más elevada correspondía a once de doce países de origen. Sainsbury (1955) observó una relación significativa entre las tasas de suicidio y la movilidad social (movimiento diario de la población y proporción de inmigrantes), mientras Asuni (1962) encontró que en Nigeria las tasas de suicidio eran más elevadas entre los residentes en sus lugares de nacimiento que entre aquellos que se habían desplazado.

51) Normalmente, en los casos de viudedad y divorcio, las tasas de suicidio son superiores a las de la población general de los mismos grupos de edad (véase el Anexo 2, Cuadro 5). Dublin (1963) observó que en los Estados Unidos las tasas de suicidio entre los varones viudos o divorciados eran siete veces mayores que las de los hombres

casados de la misma edad: en las mujeres viudas o divorciadas la proporción era tres o cuatro veces mayor que la de las mujeres casadas. Sainsbury (1955) comprobó que el 5% de la muestra que utilizó para su estudio en Londres eran personas separadas o divorciadas, mientras que la frecuencia del divorcio era de 0,24% en la población general. Hartelius (1967) confirmó que mientras los hombres viudos y divorciados constituían en Suecia, en los años de 1941 a 1950, el 6,04% de la población masculina de más de quince años de edad, la incidencia del suicidio en este grupo representaba el 14,68% de la totalidad de los suicidios cometidos por varones. Yap (1958) observó que en Hong Kong se daba una tasa de suicidios especialmente elevada entre las concubinas. En los casos de intento de suicidio se encuentra una elevada proporción de personas divorciadas. Kessel (1965) observó que entre las personas casadas de la muestra de 20 a 64 años, que utilizó en Edimburgo, se habían separado o divorciado el 30% de los hombres y el 26% de las mujeres. McMahon y Pugh (1965) señalaron que las tasas de suicidio eran más elevadas entre las personas que habían enviudado recientemente que en los grupos testigo.

52) Greer (1966), por ejemplo, estudió durante seis meses a 156 personas que habían intentado suicidarse y las comparó con dos grupos de pacientes hospitalizados, uno de enfermos no psiquiátricos y otro de enfermos de carácter psiquiátrico, ninguno de los cuales había intentado cometer suicidio. Comparada con los dos grupos testigo, la muestra presentaba una mayor frecuencia en los casos de pérdida de uno de los padres o de ausencia continua (por lo menos doce meses) antes de la edad de quince años; eran más frecuentes los casos de pérdida de ambos padres en una edad temprana o ausencia permanente. En el 49% de las personas de la muestra que habían sufrido pérdida paterna, las tentativas de suicidio habían sido precedidas más frecuentemente que en el 51% procedente de hogares normales, por el quebranto de estrechas relaciones personales. En el último de estos grupos se daba una mayor frecuencia estadística de esquizofrenia y de depresiones psíquicas, así como de pacientes de más de 50 años de edad.

Tuckman y otros (1966) estudiaron 172 casos clasificados como suicidio en Filadelfia, en 1961, y hallaron que el 46% de las familias (el suicida, su cónyuge, padres, hijos y hermanos) habían estado en relación, antes de la fecha del suicidio, con organismos de sanidad o de asistencia social. El Tribunal Municipal de Relaciones Familiares había estado en relación con el 21% de las familias, por problemas de falta de apoyo o de incompatibilidad conyugal, y los organismos de protección de la infancia habían intervenido, en el 20% de las familias, en favor de algún niño.

53) Prokupek (1967) dice que esta disposición existe desde 1960. El psiquiatra del distrito adopta las medidas necesarias para establecer el diagnóstico psiquiátrico y para investigar las causas y motivos.

54) Stengel (1963) se refiere a circulares del Ministerio de Sanidad de Inglaterra y el País de Gales dirigidas a las juntas de hospitales, autoridades locales y médicos generales aconsejándoles que se ocupen de los casos de intento de suicidio. Se pide a los directores de los hospitales que hagan lo posible para que, en todos los casos de tentativa de suicidio ingresados en el hospital, se efectúe un examen psiquiátrico antes de darles el alta.

55) En el National Institute of Mental Health, de los Estados Unidos, se publica el *Bulletin of Suicidology*, preparado conjuntamente por el Center for Studies of Suicide Prevention y la National Clearing House for Mental Health Information. En el primer número (julio de 1967) se describe el Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio y sus funciones. Contiene también la lista de los servicios de prevención del suicidio de los Estados Unidos y resúmenes de cincuenta estudios sobre el suicidio.

56) Ringel (1963) resume los resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Prevención del Suicidio y dice que se necesitan perentoriamente muchas más organizaciones de las que hoy existen para que se ocupen exclusivamente de la prevención del suicidio.

57) Shneidman y Farberow (1965) dicen: « Propugnamos un centro independiente para la prevención del suicidio, porque creemos que las crisis suicidas tienen unas características peculiares, que se refieren especialmente a la exacerbación de las crisis interpersonales e intrapersonales de las que depende con frecuencia la vida o la muerte. Se necesitan recursos especiales para hacer frente a estas situaciones urgentes y especiales. El centro de prevención del suicidio se concibe como un dispensario de primera cura psicosocial... con recursos especiales y personal especializado para atender las necesidades concretas del individuo y de las personas que tienen con él una relación importante en los momentos de crisis especial. »

58) Ringel (1953 y más adelante) describe las actividades de ese organismo; Dublin (1963, página 181) bosqueja la historia y el programa del mismo. En Viena, cuando se sabe que una persona ha intentado suicidarse, se la lleva a la clínica neuropsiquiátrica de la Universidad, donde se ha creado también un centro para atender los casos de envenenamiento. La policía y la Sociedad de Socorro, integrada por voluntarios, informan asimismo sobre los casos de intento de suicidio al Lebensmüdenfürsorge, centro del que forman parte psiquiatras de la citada clínica, psicólogos, psicoterapeutas, abogados, sacerdotes y asistentes sociales. El Lebensmüdenfürsorge dispone de un servicio telefónico para llamadas de socorro y de un centro asesor, y sus asistentes sociales visitan en la clínica a los pacientes y les prestan ayuda ulteriormente.

59) Varah (1965) describe este servicio y Dublin (1963) resume su funcionamiento. Se basa principalmente en el trabajo de voluntarios que ayudan a mantener un servicio telefónico permanente y ofrecen amistad y asesoramiento acerca de dónde se puede recibir ulterior ayuda caso de ser necesaria. Muchas personas que han recibido ayuda del servicio colaboran después a su mantenimiento. Una organización similar es la de los FRIENDS de Miami.

Dublin (1963) describe también someramente la actividad del Lebensmüdenbetreuung del Berlín Occidental, dependencia de la Orden de San Lucas Médico, que tiene secciones en numerosos países. Otro organismo patrocinado por la Iglesia es la Rescue Inc., de Boston.

60) Kessel (1963, 1965) describe el funcionamiento de los servicios.

61) Informa sobre esto Kessel (1965) que en Edinburgo, en el curso de un año, encontró que, en su muestra de personas ingresadas por envenenamiento voluntario, no existía ningún diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en el 26% de los varones y el 20% de las mujeres.

62) En los Estados Unidos, en la Universidad de Florida, se da actualmente un curso sobre la prevención del suicidio y en la Universidad de California del Sur y la de Johns Hopkins, Baltimore, se dan conferencias especiales.

63) Stengel (1963a) dice que sólo podrá ponerse remedio a la falta de comprensión de los problemas psiquiátricos cuando la formación de toda enfermera suponga una estancia de por lo menos tres meses en el departamento psiquiátrico de un hospital general o en un hospital psiquiátrico. El periodo de formación psiquiátrica servirá para corregir la preocupación de la enfermera por los problemas técnicos del tratamiento físico.

64) Jacobziner (1960) comprobó que, de 299 niños y adolescentes que intentaron suicidarse en Nueva York, fueron muy pocos los sometidos a cuidados psiquiátricos después de haber sido tratados por su tentativa de envenenamiento. Sin embargo,

cuando las enfermeras del servicio de salud pública los visitaron posteriormente en sus hogares, los enviaron, en todos los casos, a recibir asistencia psiquiátrica.

65) Véase: *Epidemiological and Vital Statistics Reports*, 1956, 9, 243; 1958, 11, 342; 1961, 14, 145, 534; 1962, 15, 519; 1963, 16, 590; 1964, 17, 535; 1965, 18, 407.

66) Gardner y otros (1964) describen el valor que tiene para las investigaciones relativas al suicidio un registro de casos psiquiátricos en el que se reúnan los datos sobre los individuos que reciban asistencia psiquiátrica en una región geográfica determinada. El historial de los casos puede aclarar los factores que concurren en los trastornos mentales que conducen al suicidio, lo que permite prestar asistencia ulterior a las personas que hayan intentado quitarse la vida. Se estableció un registro así en Monroe County, Nueva York, en 1960 (población de 600 000 personas), y en él se reúnen datos sobre todos los pacientes de todos los hospitales psiquiátricos, clínicos y servicios de urgencia, así como de 47 de los 50 psiquiatras que ejercen privadamente su especialidad. Es posible establecer relaciones entre los registros. Se dan instrucciones a los psiquiatras para que incluyan los « intentos de suicidio » como diagnóstico en sus historias clínicas. Se examinan los registros de un dispensario y de dos hospitales generales, en busca de los casos de intento de suicidio, y esos casos son objeto de atención ulterior. Todos los certificados de defunción de los residentes en la demarcación se cotejan con los datos del registro y, en los casos de suicidio, se estudian los antecedentes, examinando los archivos de los hospitales de enfermos mentales.

67) El Ministerio de Sanidad de Checoslovaquia (1966), en su informe sobre el suicidio (que contiene resúmenes en inglés, francés y ruso) dice que, bajo la dirección del Ministerio, se ha organizado un sistema de registro de todos los casos de suicidio consumado y de tentativa de suicidio (con excepción de los casos de soldados en servicio activo y del personal del Ministerio del Interior). El departamento de psiquiatría de la región donde se comete el acto suicida tiene que llenar unos formularios especiales. Entre los datos de éstos figuran los siguientes: sexo, fecha de nacimiento, lugar de residencia, profesión, estado civil, lugar y fecha en que se cometió el acto suicida y método empleado, indicación de si se trata de una tentativa repetida, motivo, indicación de si se trata de una tentativa demostrativa, diagnóstico psiquiátrico, indicación de si se observaron síntomas de embriaguez en el momento de cometer el acto, tratamiento psiquiátrico anterior, e indicación de si el paciente fue hospitalizado en una institución psiquiátrica después de la tentativa. Los datos estadísticos reunidos se tabulan detalladamente. Sin embargo, como observa Prokupek (1957), el número de tentativas de suicidio registradas es únicamente doble que el número de suicidios registrados. Vista la proporción muy superior descubierta en estudios especiales, cabe deducir que hasta ahora sólo se registra en Checoslovaquia un pequeño porcentaje de los casos de intento de suicidio.

68) Sainsbury (1968) señala que desde hace más de un siglo es obligatorio en muchos países registrar los suicidios y que existen muchos datos para realizar estudios comparativos. Este autor comparó las tasas de suicidio de los inmigrantes, en los Estados Unidos, con las tasas de sus respectivos países de nacimiento y encontró una significativa correlación de 0,9. Dedujo de esto que las diferencias entre las tasas nacionales de suicidio no parece que se deban principalmente a los diferentes procedimientos utilizados para la notificación de las defunciones. Verificó también la exactitud de los informes sobre suicidios, formulados por los « coroners » de 58 distritos de Inglaterra y el País de Gales, en los seis años 1950-52 y 1960-62. En 39 distritos el « coroner » había sido el mismo en ambos periodos y en 19 había cambiado. No se encontró una correlación más elevada entre las tasas de suicidio, de los dos periodos, en los 39 primeros distritos que en aquellos en que el « coroner » había cambiado. Se llegó, por consiguiente, a la conclusión de que las diferencias entre las tasas de

suicidio de los distritos de Inglaterra y el País de Gales no se debían a diferencias en los procedimientos o los criterios aplicados por los « coroners » al pronunciar su decisión. Se consideraron estos datos como confirmatorios de la opinión de que las diferencias entre las tasas de suicidio eran debidas a fenómenos sociales.

Bajo los auspicios de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Farberow, Ringel, Stengel y otros han procedido a una investigación en la que se comparan los actos suicidas, utilizando la misma metodología y los mismos procedimientos de registro; este estudio se publicará en fecha próxima.

69) Un ejemplo de esta comparación se encuentra en Lin (1967) que, con ayuda estadística de E. Brooke, relaciona los cambios en las tasas de suicidios de los jóvenes japoneses con los cambios en las condiciones socioeconómicas.

Hartelius (1967) ha estudiado, por grupos de edad, los cambios en las tasas de suicidios, observados en Suecia, durante tres periodos de trece años, y los ha relacionado con los cambios en las condiciones de vida. Sainsbury (1963) ha investigado las tendencias registradas en los suicidios, en diversos países, y ha demostrado que la aplicación de este criterio epidemiológico puede contribuir al estudio de las causas de la conducta suicida.

70) Stengel (1964a) examina más detenidamente la exactitud de las estadísticas del suicidio. Da un ejemplo de dos ciudades con población semejante e idénticos métodos de registro.

71) Shneidman (comunicación personal) estima que la calidad de los informes estadísticos y el mejoramiento de su fidelidad dependen, en gran medida, de una nueva definición de los conceptos de muerte y de suicidio, así como del grado en que pueda atribuirse al individuo el resultado del acto suicida. Véase también Shneidman (1963)

72) En Los Angeles se ha establecido el procedimiento llamado « la autopsia psicológica ». Litman y otros (1963) informan sobre 100 casos consecutivos de suicidio dudoso sometidos por el médico examinador (que es también el « coroner ») a un grupo de investigadores especializados en la determinación de causas de defunción; estos especialistas interrogaron a los familiares de los fallecidos y a otras personas de las que se esperaba poder obtener información útil. Después de la investigación, se cambió en 11 casos el certificado de accidente por el de suicidio y en 8 casos el certificado de suicidio por el de accidente o muerte natural. Esos estudios ayudarán a normalizar los procedimientos de certificación.

73) Esta ha sido la base de diversos estudios realizados por la Veterans Administration (VA) Central Research Unit, de los Estados Unidos. Farberow y otros (1963) estudiaron, por ejemplo, 64 historias clínicas de pacientes a los que se habían diagnosticado neoplasmas malignos; la mitad de esos pacientes habían cometido suicidio y la otra mitad se utilizó como grupo testigo. Así se obtuvieron datos para identificar y reconocer las tendencias suicidas. Se analizaron los casos de pacientes de medicina general y de cirugía de la VA con diagnóstico de reacción de ansiedad o de depresión. Se observaron significativas diferencias, en cuanto a veintitrés índices de sentimientos y conducta, al comparar un grupo de personas que habían cometido suicidio con el grupo testigo (Farberow y McEvoy, 1966). Se procedió a un estudio similar de pacientes con enfermedad cardiopulmonar (Farberow y otros, 1966).

En la investigación clínica pueden servir de guía las notas que dejan los suicidas. Shneidman (comunicación personal) redactó un breve examen de los estudios sobre esas notas, con especial atención al trabajo realizado en Los Angeles y sobre el que informaron Shneidman y Farberow (1957) y más tarde Osgood y Walker (1959) y Shneidman (1960). Se clasificaron las notas escritas por 619 personas que cometieron suicidio en 1945-55. Se comprobó que el deseo de matar o de morir a mano ajena disminuía con la edad mientras aumentaba con ella el deseo de dejar de existir. La comparación entre

notas de suicidio genuinas y simuladas puso de manifiesto que los suicidas se distinguían por su hostilidad y sentimientos de culpabilidad. Las personas de clases socioeconómicas más elevadas hablaban en sus notas de « estar cansadas de la vida » y las de clases más modestas hacían resaltar las enfermedades físicas y las difíciles condiciones de vida. En un estudio de 60 notas, Wagner (1960) observó que la tercera parte de los autores mostraban sentimientos negativos contra el medio en que vivían y la tercera parte contra sí mismos. Capstick (1960) encontró en 136 notas que las personas de más de 60 años se referían con mayor frecuencia a enfermedades físicas y a las consecuencias de ellas y daban instrucciones sobre el modo como debían administrarse sus bienes. Los suicidas de menos de veinte años proferían reproches y se compadecían a sí mismos.

Es difícil evaluar estas investigaciones, puesto que, normalmente, sólo un pequeño porcentaje de las personas que cometen suicidio dejan notas explicativas y las que dejan tales notas pueden no ser una muestra representativa de la totalidad del grupo.

---

## Anexo 2

### FACTORES RELACIONADOS CON EL SUICIDIO Y LOS INTENTOS DE SUICIDIO

	Página
Cuadro 1. Medios de suicidio empleados con mayor frecuencia en algunos países . . . . .	57
Cuadro 2. Porcentaje de suicidios y de intentos de suicidio precedidos de una tentativa . . . . .	58
Cuadro 3. Porcentaje de intentos previos entre personas que se suicidaron o intentaron suicidarse . . . . .	59
Cuadro 4. Examen psiquiátrico previo de personas que se suicidaron . .	61
Cuadro 5. Suicidio: tasas de mortalidad por 100 000 habitantes, según el estado civil y el sexo . . . . .	61
Cuadro 6. Personas procedentes de hogares deshechos, entre las que se suicidaron o intentaron suicidarse . . . . .	62
Cuadro 7. Frecuencia del suicidio entre enfermos con trastornos mentales	64
Cuadro 8. Estudios de grupos, sobre la relación entre los trastornos psiquiátricos y los suicidios . . . . .	65
Cuadro 9. Trastornos mentales en personas que se suicidaron . . . . .	66
Cuadro 10. Trastornos mentales en personas que intentaron suicidarse . . .	67
Cuadro 11. Incidencia de enfermedades depresivas en personas que se suicidaron o intentaron suicidarse . . . . .	68
Cuadro 12. Porcentaje de suicidios en enfermos con trastornos manícodepresivos . . . . .	69
Cuadro 13. Porcentaje de alcohólicos que se suicidaron o intentaron suicidarse	70
Cuadro 14. Porcentaje de alcohólicos en muestras de personas que se suicidaron o intentaron suicidarse . . . . .	71

CUADRO 1. MEDIOS DE SUICIDIO EMPLEADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN ALGUNOS PAISES

Referencia	País	Epoca sobre la que se informa	Suicidios	
			Hombres	Mujeres
Bohannon, 1960	Africa, varios países	1930-60 aproximadamente	Ahorcadura	Ahorcadura
Barbosa y Ramos, 1966	Brasil, Estado de São Paulo con exclusión de la capital	1953-62	Envenenamiento con sólidos o líquidos	Envenenamiento con sólidos o líquidos
Ramos y Barbosa, 1965	Brasil, capital	1948-62	Envenenamiento con sólidos o líquidos	Envenenamiento con sólidos o líquidos
Dublin, 1963	Canadá	1958	Armas de fuego y explosivos	Ahorcadura y estrangulación
Prokupek, 1965	Checoslovaquia	1963	Estrangulación	Estrangulación
Inglaterra y País de Gales, Registro General, 1964	Inglaterra y País de Gales	1960	Gas doméstico	Gas doméstico
Yap, 1958a	Hong Kong	Junio 1953-Dic. 1954	Ahorcadura	Ahorcadura
McCarthy y Walsh, 1966	Irlanda	1954-63	Gas doméstico	Gas doméstico
Dublin, 1963	Nueva Zelandia	1958	Armas de fuego y explosivos	Gas
Asuni, 1962	Nigeria	1954-60	Ahorcadura	Ahorcadura
España, Instituto Nac. de Estadística, 1959	España	1906-55	Armas de fuego, ahorcadura	Envenenamiento, ahorcadura
Schneider, 1954	Suiza	1933-44	Ahorcadura y estrangulación	Sumersión
		1948-50	Ahorcadura y estrangulación	Gas doméstico
Dublin, 1963	Estados Unidos	1955-59	(Blancos) Armas de fuego y explosivos	(Blancas) Envenenamiento y asfixia

CUADRO 2. PORCENTAJE DE SUICIDIOS Y DE INTENTOS DE SUICIDIO PRECEDIDOS DE UNA TENTATIVA

Referencia y lugar del estudio	Número de casos de intento de suicidio	Tipo de población estudiada	Periodo de observación ulterior	% del total de casos	
				Suicidio	Repetición del intento sin desenlace fatal
Batchelor y Napier, 1953 (Edimburgo, Escocia)	200	Ingresos consecutivos en un hospital general	1 año	2	3,5
Dahlgren, 1954 (Malmö, Suecia)	237	Ingresos en los hospitales generales y psiquiátricos (1933-42)	3-12 años	10	
Eisenthal y otros, 1966 (Estados Unidos)	912	Enfermos en observación como posibles suicidas en el hospital psiquiátrico para antiguos combatientes	8 años	6	17
Ekblom y Frisk, 1959 (Helsinki, Finlandia)			6-8 años	9	14
Ettlinger y Flordh, 1955 (Estocolmo, Suecia)	457	Ingresos en el departamento de psiquiatría de hospitales generales 1952-53	8-24 meses	3,6	
Gardner y otros, 1964 (Monroe County, Estados Unidos)	387	Registro de casos psiquiátricos, 1960-61	1 año	2	
Hove, 1953 (Copenhague, Dinamarca)	500	Ingresos consecutivos en hospitales generales por envenenamiento con narcóticos	2-3 años	5	10
James y otros, 1963 (Australia Occidental)	100	Ingresos en hospitales generales	Promedio de 6 meses	3	3
Jansson, 1962 (Dinamarca)	476	Asistencia a clínicas psiquiátricas, 1960	1 año	1	8
Kessel, 1965 (Edimburgo, Escocia)		Todos los casos de envenenamiento voluntario registrados en la ciudad	1 año	1,6	15
McCarthy y Walsh, 1965 (Dublín, Irlanda)	159	Ingresos en el departamento de accidentes, 1962	23-35 meses	3,1	
Motto, 1965 (San Francisco, Estados Unidos)	193	Ingresos de pacientes psiquiátricos en hospitales generales, 1956-57	5-8 años	8	

**CUADRO 2. PORCENTAJE DE SUICIDIOS Y DE INTENTOS DE SUICIDIO PRECEDIDOS DE UNA TENTATIVA (continuación)**

Referencia y lugar del estudio	Número de casos de intento de suicidio	Tipo de población estudiada	Periodo de observación ulterior	% del total de casos	
				Suicidio	Repetición del intento sin desenlace fatal
Pokorny, 1966 (Texas, Estados Unidos)	618	Enfermos del hospital psiquiátrico para antiguos combatientes: intento, amenaza o idea de suicidio	1 mes - 14 ½ años	3,4	
Ringel, 1952 (Viena, Austria)	2879	Ingresos en hospitales por intento de suicidio	8-44 meses	0,05	
Ringel, 1967 (Viena, Austria)		Intentos de suicidio registrados en Viena en 1962	2 años	2	5
Schmidt y otros, 1954 (San Luis, Estados Unidos)	109	Pacientes ingresados durante seis meses en el hospital general	8 meses	1,8	
Schneider, 1954 (Lausana, Suiza)	372	Ingresos en clínicas de medicina, cirugía y psiquiatría	9-18 años	8	33
Stengel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)	138	Ingresos en salas de observación, un año, 1946	3-5 años	0,8	18
	76	Ingresos consecutivos en hospitales generales, 1951-53	½-2 años	6	
Szymanska y Zelazowska, 1964 (Varsovia, Polonia)	81	Ingresos en centros de salud mental	6 meses - 2 años	1	9

**CUADRO 3. PORCENTAJE DE INTENTOS PREVIOS ENTRE PERSONAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE**

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población estudiada	Nº de casos <sup>a</sup>		Porcentaje de intentos previos <sup>a</sup>	
		S	I	S	I
Achté y Ginman, 1966 (Helsinki, Finlandia)	Ingresos consecutivos por tentativa de suicidio con drogas		100		37
Blanc y otros, 1966 (Gironde, Francia)	Ingresos en los departamentos de psiquiatría de hospitales generales, 1960-64		500		17
Bridges y Koller, 1966 (Londres, Inglaterra)	Ingresos, durante un año, en los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales		198		16
Bruhn, 1963 (Edimburgo, Escocia)	Ingresos en los departamentos de accidentes de los hospitales generales, 1961-62		91		38

CUADRO 3. PORCENTAJE DE INTENTOS PREVIOS ENTRE PERSONAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE (continuación)

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población estudiada	Nº de asos <sup>a</sup>		Porcentaje de intentos previos <sup>a</sup>	
		S	I	S	I
Eklblom y Frisk, 1959 (Helsinki, Finlandia)	Ingresos en dos hospitales generales, 1950-52		159		20
Ettlinger y Flordh, 1955 (Estocolmo, Suecia)	Ingresos consecutivos en los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales, 1952-53		500		29
Gorceix y Zimbacca, 1965 (Sena, Francia)	Todos los casos conocidos, 1962	869		20	
Jacobziner, 1960 (Nueva York, Estados Unidos)	Casos notificados a centros de lucha contra los envenenamientos, 1955-58, edad de 8 a 19 años	299			6
James y otros, 1963 (Australia Occidental)	Ingresos en hospitales generales	100			30
Kessel y McCulloch, 1966 (Edimburgo, Escocia)	Todos los casos de envenenamiento voluntario y autoagresión		511		39
McCulloch y otros, 1967 (Edimburgo, Escocia)	Casos notificados consecutivamente, 1963-65	216		24,3	
Sainsbury, 1955 (Londres, Inglaterra)	Casos registrados en cinco municipios, 1936-38	390		9	
Sclare y Hamilton, 1963 (Glasgow, Escocia)	Casos sometidos al departamento psiquiátrico de hospitales generales, 1960-62		180		20
Seager y Flood, 1965 (Bristol, Inglaterra)	Todos los casos registrados, 1957-61	325		16	
Stergel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)	Ingresos durante un año en la sala de observación, 1946-47		138		22
" "	Ingresos en el hospital psiquiátrico universitario, 1949-50		72		30
" "	Ingresos durante un año en una sala de observación, 1953		167		37
" "	Ingresos durante un año en otra sala de observación, 1953		174		28
" "	Ingresos durante dos años en hospitales generales, 1951-53		76		21
" "	Tribunal del "coroner", 1963		117		14
Szymanska y Zelazowska, 1964 (Varsovia, Polonia)	Ingresos en un centro de salud mental, de 18 o menos años de edad	100			38
Whitlock y Schapira, 1967 (Newcastle, Inglaterra)	Ingresos durante dos años en hospitales generales		274		h: 43 m: 30

<sup>a</sup> S = suicidio; I = intento de suicidio.

CUADRO 4. EXAMEN PSIQUIATRICO PREVIO DE PERSONAS QUE SE SUICIDARON

Referencia y lugar del estudio	Nº de casos	Periodo estudiado	Examen psiquiátrico (% de casos)	Observaciones
Capstick, 1960 (País de Gales)	881	1951-55	14	Examinados en varias ocasiones
Dorpat y Ripley, 1960 (Seattle, Estados Unidos)	114		22	En el año anterior
Gardner y otros, 1964 (Monroe Co., NY, Estados Unidos)	180	1960-62	30	Conocidos en los registros de casos psiquiátricos
Jones, 1965 (East Anglia, Inglaterra)	30	1957-63	20	Otros 6, en un hospital mental antes de 1960 En los dos años anteriores
Motto y Greene, 1958 (San Francisco, Estados Unidos)	175	1956-57	9	En los seis meses anteriores
Parnell y Skottowe, 1957 (Inglaterra)	100	1950	23	No se indica el periodo
Prokupek, 1967 (Checoslovaquia)	h. 6728 m. 12222	1963-66	27-36 40-46	En el año anterior
Robins y otros, 1959 (San Luis, Estados Unidos)	134	1956-57	20	No se indica el periodo
Seeger y Flood, 1965 (Bristol, Inglaterra)	325	1957-61	16,0 29,8	En los seis meses anteriores Habían sido internados
Wark, 1967 (Chichester, Inglaterra)	123	1952-56 1959-63	23,5	Examinados en el año anterior

CUADRO 5. SUICIDIO: TASAS DE MORTALIDAD POR 100 000 HABITANTES, SEGUN EL ESTADO CIVIL Y EL SEXO

País y referencia	Periodo	Hombres <sup>a</sup>				Mujeres <sup>a</sup>				Edad
		S	C	V	D	S	C	V	D	
Canadá <sup>b</sup> Estados Unidos (Robinson, 1962)	1956-58	19	16	36		3	5	7		Todas las edades
	1949-51	43,5	20,8	75,9	79,9	8,1	6,6	13,4	19,2	20 a 74 años (ajuste de edad), blancos
Inglaterra y País de Gales <sup>b</sup> Nueva Zelanda <sup>b</sup> Necia <sup>c</sup> (Hartelius, 1967) Tonga <sup>b</sup>	1967			46	82	4	10	24		De 15 y más años
	1956-59	19	16	46	82	5	7	13	29	Todas las edades
	1951-63	36,6	27,1	66,7	80,0	9,4	8,1	10,4	16,1	Todas las edades
	1959	35,7	30,7	102,9	124,6	15,1	9,8	20,5	31,0	Todas las edades
		58	32	109	152	15	11	19	28	Todas las edades

<sup>a</sup> S = soltero, C = casado, V = viudo, D = divorciado.

<sup>b</sup> De L. J. Dublin (1963).

<sup>c</sup> Las cifras que figuran en la línea superior corresponden a las zonas rurales; las que figuran en la línea inferior a las zonas urbanas.

CUADRO 6. PERSONAS PROCEDENTES DE HOGARES DESHECHOS, ENTRE LAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Magnitud de la muestra <sup>a</sup>		% de hogares deshechos <sup>a</sup>		Tipos de hogares deshechos y observaciones
		I	S	I	S	
Achté y Ginman, 1966 (Helsinki, Finlandia)	Ingresos consecutivos en salas para casos de envenenamiento, 1963	100		49		Muerte del padre o de la madre o divorcio de los padres antes de los 16 años de edad, o casos de ilegitimidad
Batchelor y Napier, 1953 (Edimburgo, Escocia)	Ingresos consecutivos en hospitales generales, 1950-52	200		37,5 20,5		Pérdida de uno de los padres antes de los 17 años
Bruhn, 1962 (Edimburgo, Escocia)	Ingreso en el departamento de accidentes de hospitales generales 1961-62	91		20,5		Ausencia de uno de los padres por lo menos seis meses consecutivos antes de los 17 años
Gaultier y otros, 1965 (Paris, Francia)	Ingresos en centros de asistencia a casos de envenenamiento, durante 4 ½ años; edad de 15 a 21 años	400		42		Pérdida o ausencia de uno de los padres por un período no menor de seis meses. Frecuencia considerablemente superior a la del grupo testigo
Greer, 1966 (Londres, Inglaterra)	Ingresos consecutivos en hospitales generales	156		40		Ausencia del padre. También falta de lazos afectivos durante largo tiempo o graves conflictos familiares en la mayor parte de los casos de la muestra
Kessel, 1965 (Edimburgo, Escocia)	Ingresos durante un año en salas para casos de envenenamiento	465		49		Pérdida de uno de los padres o ausencia continua durante 12 meses por lo menos, antes de los 15 años de edad
				50		Pérdida de uno de los padres (50 % de los casos de la muestra) o de ambos (20 %), antes de los 16 años de edad

CUADRO 6. PERSONAS PROCEDENTES DE HOGARES DESHECHOS, ENTRE LAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE (continuación)

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Magnitud de la muestra <sup>a</sup>		% de hogares deshechos <sup>a</sup>		Tipos de hogares deshechos y observaciones
		I	S	I	S	
McCarthy y Walsh, 1965 (Dublín, Irlanda)	Ingresos en los departamentos de accidentes, en 1962	159		6,3		Pérdida de uno de los padres, por muerte o separación, antes de los 15 años de edad
Micic y otros, 1967 (Belgrado, Yugoslavia)	Autopsias, Instituto de Medicina Forense, 1953-63, casos de 12 a 18 años		45		57,7	Muerte o ausencia de uno de los padres o ilegitimidad
Moss y Hamilton, 1956 (Estados Unidos)		50		40		Pérdida del padre, en la infancia
Schneider, 1954 (Lausana, Suiza)	Ingresos en clínicas médicas, quirúrgicas y psiquiátricas, 1933-40	372		20		Pérdida de la madre, en la infancia
Stengel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)	Ingreso en salas de observación, 1946	138		8		Ilegitimidad, ausencia de los padres en la infancia, divorcio de los padres
»	Ingreso en hospital psiquiátrico universitario, 1949-50	72		55		Pérdida de uno de los padres antes de los 16 años de edad
Teicher y Jacobs, 1966 (Los Angeles, Estados Unidos)	Ingresos en hospitales generales; 14-18 años de edad	50		32		Pérdida de uno de los padres antes de los 16 años de edad
Walton, 1958 (Londres, Inglaterra)	Enfermos suicidas con enfermedades depresivas en dos hospitales, 1955	60		88		Pérdida de uno o de los dos padres
				70		Padres casados más de una vez
				77		Pérdida de uno de los padres antes de los 14 años de edad o repetidos actos de violencia entre los padres o ausencia prolongada de uno de ellos

<sup>a</sup> S = suicidio; I = intento de suicidio.

**CUADRO 7. FRECUENCIA DEL SUICIDIO ENTRE ENFERMOS  
CON TRASTORNOS MENTALES**

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Magnitud de la muestra	Periodo estudiado	Tasa anual de suicidio por 100 000 habitantes	
<b>Australia</b> , Victoria (Krupinski y otros, 1965) Perth (James y Levin, 1964)	Internados en un departamento de salud mental } hombres Pacientes dados de alta } mujeres	11591	1963	550	
		12245	1955-61	260	
		3225		118,6	
<b>Estados Unidos</b> Estado de California (Dublin, 1963)	Pacientes en hospitales psiquiátricos		1950-56 incl.	62,8	
Estado de California (Pokorny, 1964)	Pacientes y antiguos pacientes del Hospital de Antiguos Combatientes	11585	1949-63	165	
Estado de Massachusetts (Temoche y otros, 1964)	Pacientes en el hospital Antiguos pacientes No clasificados como pacientes	37479	1949-52	17,6	
		69725	1949-52	47,7	
		4611503	1949-52	9,6	
Estado de Nueva York (Malzberg, Dublin, 1965)	Pacientes en hospitales civiles del Estado (psiquiátricos)	Promedio 90000 por año	Abril de 1957 a marzo 1959	43	
Monroe County, Nueva York (Gardner y otros, 1964)	Pacientes inscritos en el registro de casos psiquiátricos 1. Reacción esquiz. + paranoica 2. Psicosis afectiva 3. Síndrome cerebral crónico 4. Neuróticos o con perturbación de la personalidad		1960-62	Menos de 55 años	Más de 55 años
				151	121
				207	475
				97	87
				112	306
<b>Finlandia</b> , Helsinki (Achte y otros, 1966)	Pacientes en el hospital psiquiátrico de Helsinki	5535-6640 por año	1956-63	99	
<b>Inglaterra y País de Gales</b> (Stengel y Cook, 1958; Registro General, 1960)	Enfermos de hospitales psiquiátricos		1920-22	48,0	
			1954-56	37,7	
Condado de Sussex (Walk, 1967)	a) Sometidos a cuidado psiquiátrico antes de ser atendidos por los servicios públicos	1000	1954	240	
	b) Sometidos a cuidado psiquiátrico después de ser atendidos por los servicios públicos	1417	1961	169	
	c) Población en peligro	88500 95000	1954 1961	13,1 13,7	

promedio de cinco años

CUADRO 8. ESTUDIOS DE GRUPOS, SOBRE LA RELACION ENTRE  
LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y LOS SUICIDIOS\*

Grupos y tipos de trastornos	Número de personas	Total de defunciones	Suicidios	Porcentaje de suicidios en el total de defunciones	Porcentaje de suicidios en el total de las personas del grupo
Grupo de islandeses (Helgason, 1964) <sup>a</sup>	5395	1498	51	3,4	0,94
Psicosis maniaco-depresiva	103	34	18	53	17,4
Esquizofrenia	42	16	1	6	2,3
Psicosis psicógenas	51	13	6	46	11,8
Estado psiquiátrico no determinado	17	8	4	50	23,5
Alcoholismo	163	57	9	15,8	5,5
Grupo de Bornholm (Fremming, 1951) <sup>b</sup>	4130	729	25	3,4	0,6
Psicosis maniaco-depresiva	45	10	5	50	11,0
Esquizofrenia	34	13	2	10,5	5,9
Psicosis reactiva	33	7	4	57	10,2
Otras enfermedades psiquiátricas	18	7	2	28,5	11,0

\* De una tesis de Walk, no publicada.

<sup>a</sup> El grupo estudiado por Helgason estaba formado por todos los islandeses nacidos en 1895-1897, que vivían en Islandia el 1º de diciembre de 1910. El grupo se mantuvo en observación hasta 1957.

<sup>b</sup> El grupo estudiado por Fremming estaba formado por todos los daneses nacidos en la isla de Bornholm en 1883-1887, que vivían en Bornholm al cumplir los diez años. La observación de este grupo continuó hasta 1939.

CUADRO 9. TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS QUE SE SUICIDARON

Referencia y lugar del estudio	Referencia	Magnitud de la muestra	Porcentaje con trastornos mentales	Observaciones
Asuni, 1962 (Nigeria Occidental)	Archivos judiciales, 1957-1960	221	24	Todas las psicosis
Gorceix y Zimbacca, 1945 (Sena, Francia)	Casos médico-legales comprobados, 1962 (de 869 registrados)	148	30	Habían estado internados en un hospital psiquiátrico o recibido tratamiento de un psiquiatra
			20	Aparentemente enfermos mentales (otros casos)
Krupinski y otros, 1945 (Victoria, Australia)	Archivos judiciales, 1963	Hombres 302 Mujeres 147	21,2 21,8	Habían recibido previamente tratamiento en un departamento de salud mental
McCarthy y Walsh, 1966 (Dublin, Irlanda)	Archivos judiciales, 1954-63 (con exclusión de 31 expedientes incompletos)	284	61,8	El factor mental o de la personalidad parece ser la causa más importante
Dublin, 1963 (Estados Unidos)	Pólizas industriales	22000	20	
Prokupek, 1967 (Checoslovaquia)	Estadísticas nacionales 1963-66	2335	30 24 7	Psicosis Neurosis Personalidades psicopáticas
Ringel, 1961 (Viena, Austria)	Ingreso en un centro de prevención del suicidio		Un tercio	
Robins y otros, 1959 (San Louis, Estados Unidos)	Veredictos de suicidio, 1956-57	134	94	68 % con psicosis manícodepresivas o alcoholismo. Interrogatorio de los supervivientes
Sainsbury, 1955 (Londres, Inglaterra)	Archivos judiciales y médicos, cinco distritos, 1936-38	390	37 47	Factor principal Factor contribuyente
Seager y Flood, 1965 (Bristol, Inglaterra)	Archivos judiciales 1957-61	325	66	Trastorno mental, en cualquiera de sus formas
Yap, 1958 (Hong Kong)	Registros en Departamentos de Investigación Criminal, 1953-54	218	7,8 20	«Locura» solamente Con inclusión de depresiones reactivas
Stengel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)	Archivos judiciales, 1953	117	33	Psicosis

CUADRO 10. TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS QUE INTENTARON SUICIDARSE

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Magnitud de la muestra	Porcentaje con trastornos mentales	Observaciones
Achté y Ginman, 1966 (Helsinki, Finlandia)	Ingresos consecutivos en salas para casos de envenenamiento	100	97	14 % psicosis 24 % neurosis
Blanc y otros, 1966 (Gironde, Francia)	Ingresos en los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales, 1960-64	500	100	25 % psicosis funcionales y orgánicas
Dahlgren, 1945 (Malmö, Suecia)	Ingresos en hospitales generales, 1933-42	251	77	
Ettlinger y Flordh, 1955 (Estocolmo, Suecia)	Personas enviadas a departamentos de psiquiatría de los hospitales generales	500	94,8	16,6 % psicosis
James y otros, 1963 (Australia Occidental)	Ingresos en salas de urgencia	100	80	22 % trastornos psicopáticos en la época de la tentativa de suicidio
Kapamadžija, 1966 (Novi Sad, Yugoslavia)	Ingresos en centros psiquiátricos, 1952-66	180	100	7 % psicosis (no depresivas) 11 % neurosis
Kessel, 1965, (Edimburgo, Escocia)	Ingresos consecutivos en las salas para casos de envenenamientos, 1962-63	hombres 165 mujeres 350	74 80	32 %   sólo trastornos de 16 %   la personalidad
Krupinski y otros, 1965 (Victoria, Australia)	Sometidos a tratamiento en departamentos de psiquiatría	hombres 204 mujeres 154	90,2 75,4	27,9 % psicosis 20,2 % psicosis
Prokupek, 1967 (Checoslovaquia)	Examinados psiquiátricamente de un total de 18 930 intentos de suicidio registrados, 1963-66	15641	hombres 91 mujeres 86	14 % hombres } psicosis 12 % mujeres } 35 % hombres } neurosis 52 % mujeres } 28 % hombres } « psicopatías » 19 % mujeres }
Schmidt y otros, 1954 (San Luis, Estados Unidos)	Ingresos en hospitales generales, 1952-53	109	100	15 % personalidad psicopática
Tengel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)		627	100	Todos los pacientes fueron objeto de diagnóstico psiquiátrico

CUADRO 11. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DEPRESIVAS EN PERSONAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Dimensiones de la muestra <sup>a</sup>		% con enfermedades depresivas <sup>a</sup>		Tipo de depresión
		S	I	S	I	
Achté y Ginman, 1966 (Helsinki, Finlandia)	Ingresos consecutivos en salas para casos de envenenamiento		100		3 18	Psicosis depresivas Reacciones neuróticas depresivas
Batchelor y Napier 1953 (Edimburgo, Escocia)	Ingresos consecutivos en hospitales generales, 1950-52 (edad, 60 o más años)		200		47	
Blanc y otros, 1966 (Gironde, Francia)	Ingresos en departamentos de psiquiatría de hospitales generales, 1960-64		500		48	Reactiva y neurótica
Bridges y Koller, 1966 (Londres, Inglaterra)	Ingresos durante un año en departamentos de psiquiatría de hospitales generales		198		7,1 50,5	Endógena, involutiva Neurótica
Capstick, 1966 (Inglaterra)	Archivos judiciales (edad, 60 o más años)	351		:	48	Depresión
Dorpat y Ripley, 1960 (Seattle, Estados Unidos)		108			30	Psicótica y psiconeurótica
Ettlinger y Flordh, 1955 (Estocolmo, Suecia)	Ingresos en departamentos de psiquiatría de hospitales generales, 1952-53		500		6,8 24	Endógena Reacción neurótico-depresiva
Hofman y otros, 1963 (Viena, Austria)			4168		73,4 15,2	Psicógena Endógena
Kapamadžija, 1966 (Novi Sad, Yugoslavia)			180		13	Síndromes depresivos de varias etiologías

CUADRO 11. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DEPRESIVAS EN PERSONAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE (continuación)

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Dimensiones de la muestra <sup>a</sup>		% con enfermedades depresivas <sup>a</sup>		Tipo de depresión
		S	I	S	I	
Kessel, 1965 (Edimburgo, Escocia)	Servicio para casos de envenenamiento, 1962-63		hombres 165 mujeres 350		26 43	Todas las enfermedades depresivas
Krupinski y otros, 1965 (Victoria, Australia)	Bajo tratamiento en un departamento psiquiátrico	hombres	64	204	18,8	Neurosis depresivas y psicosis
		mujeres	32	154	31,3	
McCarthy y Walsh, 1965 (Dublín, Irlanda)	Ingresos en el departamento de accidentes, 1962			159	14,7 15,1	Maniaco-depresiva Reactiva, neurótica
Poeldinger (Basilea, Suiza)	Ingresos en la clínica psiquiátrica universitaria			450	44	
Robins y otros, 1959 (San Louis, Estados Unidos)	Veredictos de suicidio, 1956-57	139			45	Maniaco-depresiva
Sainsbury, 1965 (Londres, Inglaterra)	Archivos judiciales, cinco distritos, 1936-38	409			55 (edad madura y ancianos) 40 (jóvenes)	
Sclare y Hamilton, 1963 (Glasgow, Escocia)			180		52 18	Neurótica Endógena

<sup>a</sup> S = suicidio; I = intento de suicidio.

CUADRO 12. PORCENTAJE DE SUICIDIOS EN ENFERMOS CON TRASTORNOS MANIACODEPRESIVOS<sup>a</sup>

Referencia	Número de casos	Promedio de años de observación posterior	Número de defunciones	Número de suicidios	Porcentaje de suicidios
Langelüdecke, 1941	341	40	268	41	15,3
Slater, 1938	138	30	59	9	15,3
Lundquist, 1945	319	20	119	17	14,3
Schulz, 1949	2004	5	492	66	13,4
Stenstedt, 1952	216	10	42	6	14,3
Pitts y Winokur, 1964	56	Muerte	56	9	16,0

<sup>a</sup> De Pitts y Winokur (1964).

CUADRO 13. PORCENTAJE DE ALCOHOLICOS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Número de alcohólicos	Duración de la observación posterior	Porcentaje de suicidios	Porcentaje de intentos de suicidio
Battegay, 1965 (Basilea, Suiza)	Tratados en clínicas psiquiátricas, 1963	213	1 ½-2 ½ años	2,8	20,7
Dahlgren, 1945 (Malmö, Suecia)	Tratados en clínicas médicas y psiquiátricas, 1933-42	174		20	
Daumézon y otros, 1955 (París, Francia)	Ingresos en hospitales psiquiátricos	1130	Ninguna <sup>a</sup>		12,1
Gabriel, 1935		1107	7 años	2,7	
Gardner y otros, 1964 (Monroe Co., Nueva York, Estados Unidos)	En los archivos de casos psiquiátricos, 1960-62, inclusive			0,2 (de menos de 55 años) 0,6 (de más de 55 años) 5,5	
Helgason, 1964 (Islandia)		163			
Kessel y Grossman 1961 (Londres, Inglaterra)	Sometidos voluntariamente a tratamiento	131	Promedio de 5 ½ años	8	
	Obligados a someterse a tratamiento	87	Promedio de 4 ½ años	7	
Lerch, 1959 (Basilea, Suiza)	Internación administrativa e ingresos en clínicas psiquiátricas, 1947-57	137	Promedio de 3 años		19,7
Schneider, 1954		25000	Ninguna <sup>a</sup>		0,6
Nørvig y Nielsen 1956 (Roskilde, Dinamarca)	Varones dados de alta después de tratamiento en un hospital, 1948-50	221	2 3/4-5 1/4 años	7	

<sup>a</sup> Intento de suicidio efectuado antes del ingreso.

CUADRO 14. PORCENTAJE DE ALCOHOLICOS EN MUESTRAS DE PERSONAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Magnitud de la muestra <sup>a</sup>		Porcentaje de alcoholicos en la muestra	Observaciones
		S	I		
Achté y Ginman, 1966 (Helsinki, Finlandia)	Ingresos consecutivos en las salas para casos de envenenamiento		100	13	Crónicos
Bachelor y Napier 1953 (Edimburgo, Escocia)	Ingresos consecutivos en hospitales generales, 1950-52		200	1,5	
Bridges y Koller, 1966 (Londres, Inglaterra)	Ingresos durante un año en los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales		198	0,5	
Dorpat y Ripley, 1962 (Kings County, Estados Unidos)		114		27	
Hittlinger y Flordh, 1955 (Estocolmo, Suecia)	Ingresos en los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales, 1952-53		500	18,2	
Morceix y Zimbacca, 1965 (Sena, Francia)	Casos comprobados medicolegalmente, 1962 (869 registrados)	148		24	Crónicos: el 15 % habían recibido tratamiento de desintoxicación por cirrosis hepática
Love, 1953 (Copenhague, Dinamarca)	Ingreso en hospitales generales por envenenamiento con narcóticos		500	9,6	Crónicos
Opamadžija, 1966 (Novi Sad, Yugoslavia)	Ingresos en departamentos psiquiátricos de hospitales generales, 1952-66		180	10	
Wessel, 1965 (Edimburgo, Escocia)	Ingresos consecutivos en centros para tratar envenenamientos, 1962-63		501	hombres 39 mujeres 8	Alcoholicos, bebedores habituales, alcoholismo crónico: presencia de signos físicos
Wurpinski y otros, 1965 (Victoria, Australia)	En tratamiento, en un departamento psiquiátrico	h. 64 m. 32		32,8 21,9 13,2 2,6	

<sup>a</sup> S = suicidio; I = intento de suicidio.

CUADRO 14. PORCENTAJE DE ALCOHOLICOS EN MUESTRAS DE PERSONAS QUE SE SUICIDARON O INTENTARON SUICIDARSE (continuación)

Referencia y lugar del estudio	Tipo de población	Magnitud de la muestra <sup>a</sup>		Porcentaje de alcohólicos en la muestra	Observaciones
		S	I		
McCarthy y Walsh, 1965 (Dublín, Irlanda)	Ingresos en departamentos de accidentes, 1962		159	22,6	
McCarthy y Walsh, 1966 (Dublín, Irlanda)	Archivos judiciales, 1954-61 (con exclusión de 31 expedientes incompletos)	284		6	Antecedentes de continuado abuso del alcohol
Prokupek, 1967 (Checoslovaquia)	Casos examinados psiquiátricamente, en un total registrado de 18930 intentos, 1963-66	mujeres	hombres 5560 mujeres 10081	hombres 12,4 mujeres 0,7	,
Ruegsegger, 1963 (Basilea, Suiza)	Ingresos en hospitales psiquiátricos, 1954 y 1959		132	15	,
Sainsbury, 1955 (Londres, Inglaterra)	Archivos judiciales, cinco distritos, 1963-8	390		6	
Schmidt y otros, 1954 (San Luis, Estados Unidos)	Ingresos en hospitales generales, 1952-53		109	13	Alcoholismo suficiente para causar la pérdida del empleo, disgustos familiares, sanciones oficiales o complicaciones alcohólicas
Robins y otros, 1959 (San Luis, Estados Unidos)	Archivos judiciales, 1956-7	134		23	Crónicos, según la definición de Keller
Stengel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)	Archivos judiciales, 1953	117		12	
Stengel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)	Sala de observación, oeste de Londres; ingresos durante un año		174	20	Alcohólicos crónicos
Stengel y Cook, 1958 (Londres, Inglaterra)	Sala de observación, distrito residencial; ingresos durante un año		167	2,4	Alcohólicos crónicos

<sup>a</sup> S = suicidio; I = intento de suicidio.

### *Anexo 3*

## TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ALGUNOS PAISES Y SEGUN DETERMINADAS VARIABLES

Los cuadros y gráficos que siguen se basan en datos procedentes de la información que normalmente facilitan a la OMS los Estados Miembros. Se han compilado especialmente para esta publicación, ya que el *Epidemiological and Vital Statistics Report*, publicado mensualmente por la OMS, contiene solamente tasas de suicidio distribuidas por país y por año, sin ninguna otra clasificación. El informe de 1956 (Volumen 9, páginas 243-247) dedicado a la mortalidad por suicidio constituyó una excepción.

A. PROMEDIO ANUAL DE ALGUNAS TASAS DE SUICIDIO  
 POR 100000 HABITANTES, DISTRIBUCIÓN POR SEXOS EN PERSONAS DE 15  
 O MÁS AÑOS EN 1952-54 Y 1961-63

País	Periodo	Promedio anual			
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Diferencia en la cifra de varones <sup>a</sup>
Alemania (República Federal de)	1952-54	23,6	33,7	15,1	
	1961-63	24,1	33,3	16,2	206
Australia	1952-54	14,9	21,9	7,7	
	1961-63	19,6	27,0	12,2	221
Austria	1952-54	29,9	43,0	19,2	
	1961-63	28,3	42,0	16,9	249
Canadá	1952-54	9,5	14,0	4,8	
	1961-63	11,1	17,3	4,9	353
Checoslovaquia	1961-63	28,2	40,9	16,5	248
Dinamarca	1952-54	31,9	43,6	20,6	
	1961-63	24,2	32,4	16,2	200
Escocia	1952-54	7,5	10,7	4,6	
	1961-63	11,4	15,2	8,1	188
Estados Unidos de América	1952-54	14,1	22,8	5,9	
	1961-63	15,6	24,0	7,7	312
Finlandia	1952-54	25,8	43,6	9,9	
	1961-63	29,0	47,7	12,3	388
Francia	1952-54	20,3	32,6	9,4	
	1961-63	20,7	32,3	10,0	323
Hungría	1961-63	33,9	48,9	20,3	241
Inglaterra y País de Gales	1952-54	13,8	18,5	9,5	
	1961-63	15,1	18,3	12,2	150
Israel (población judía)	1961-63	10,1	11,9	8,2	145
Italia	1952-54	6,4	11,9	4,8	
	1961-63	7,1	10,2	4,2	243
Japón	1952-54	31,4	38,8	24,5	
	1961-63	24,7	29,0	20,6	141
Noruega	1952-54	9,8	15,1	4,6	
	1961-63	10,0	15,7	4,5	349
Nueva Zelandia	1952-54	13,5	19,9	7,1	
	1961-63	13,0	18,0	8,0	225
Países Bajos	1952-54	9,0	11,9	6,2	
	1961-63	9,1	11,5	6,8	169
Polonia	1961-63	12,8	21,9	4,7	466
Suecia	1952-54	23,4	35,2	10,7	
	1961-63	21,7	32,0	11,6	276
Suiza	1952-54	28,8	44,9	14,3	
	1961-63	23,3	33,9	13,2	257

<sup>a</sup> Suicidios de hombres por cada 100 suicidios de mujeres.

B. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD POR SUICIDIO, EN DETERMINADOS  
PAISES, SEGUN LAS TASAS CORRESPONDIENTES A  
PERSONAS DE 15 O MAS AÑOS \*

	1952-54	1955-57	1958-60	1961-63
<b>Hombres</b>				
<b>Disminución</b>				
Dinamarca	100	96	88	74
Japón	100	118	103	75
Suecia	100	112	98	91
Sulza	100	95	89	73
<b>Aumento</b>				
Austria	100	104	108	123
Canadá	100	120	126	124
Escocia	100	128	137	142
<b>Mujeres</b>				
<b>Disminución</b>				
Austria	100	96	97	88
Dinamarca	100	97	87	79
Japón	100	114	111	84
Sulza	100	105	94	92
<b>Aumento</b>				
Alemania (República Federal de)	100	104	103	107
Australia	100	110	110	158
Escocia	100	167	163	176
Estados Unidos de América	100	105	115	131
Finlandia	100	128	130	124
Inglaterra y País de Gales	100	119	119	128
Suecia	100	107	106	108

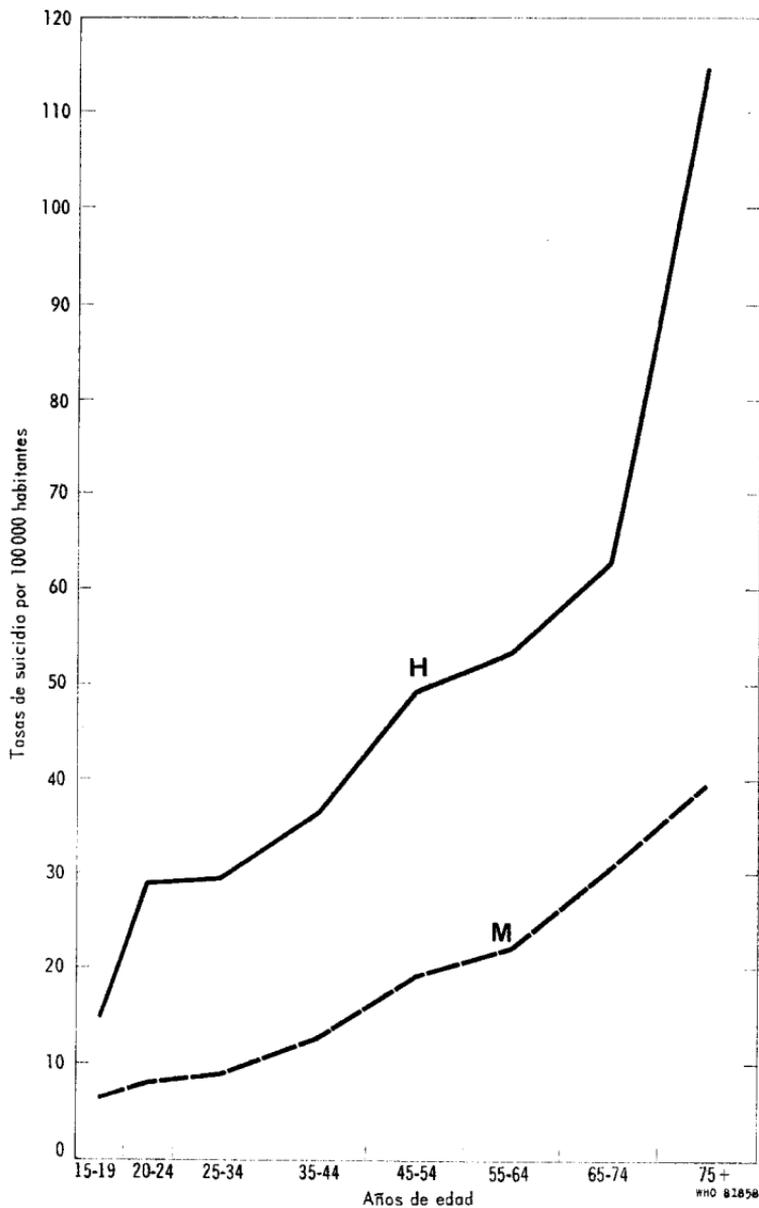
\* Índice. Tasas de mortalidad 1952-54 = 100.

C. CAMBIOS EN LAS TASAS ESPECIFICAS DE SUICIDIO EN  
LOS ESTADOS UNIDOS, SEGUN LA EDAD Y EL SEXO\*

Hombres 15 años o más (totales)	1952-54 100	1955-57 102	1958-60 107	1961-63 105
15-19	100	95	128	144
20-24	100	96	114	129
25-34	100	98	112	122
35-44	100	98	110	114
45-54	100	98	106	105
55-64	100	103	105	100
65-74	100	99	100	85
75 +	100	100	102	97

Mujeres 15 años o más (totales)	1952-54 100	1955-57 105	1956-60 115	1961-63 131
15-19	100	80	107	120
20-24	100	100	112	150
25-34	100	102	124	147
35-44	100	102	115	144
45-54	100	107	115	137
55-64	100	111	111	117
65-74	100	107	114	104
75 +	100	98	109	106

\* Tasas de mortalidad por suicidio en 1952-54 = 100.

**TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO, POR 100 000 HABITANTES, EN ALGUNOS PAISES, SEGUN EDAD Y SEXO****GRAFICO 1. AUMENTO, CON LA EDAD, DE LAS TASAS DE SUICIDIO EN AMBOS SEXOS: CHECOSLOVAQUIA**

**GRAFICO 2. AUMENTO, CON LA EDAD, DE LAS TASAS DE SUICIDIO. ELEVACION MAXIMA DESPUES DE LOS 40 AÑOS, TRAS UNA PRIMERA CIMA A LOS 20-25. AMBOS SEXOS: JAPON**

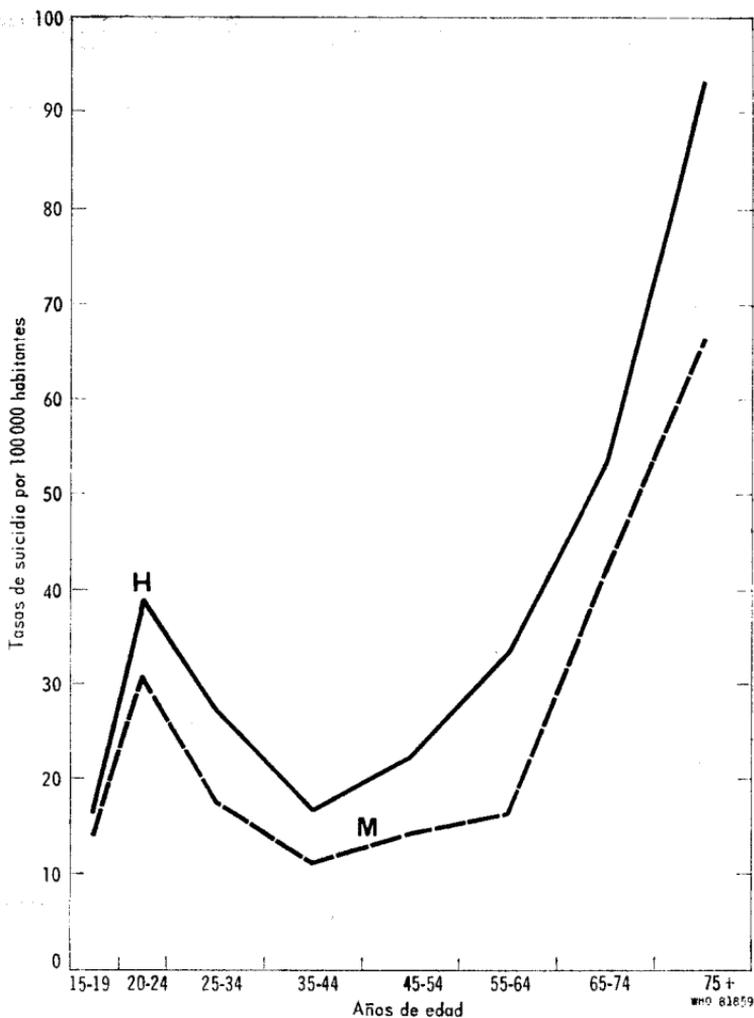
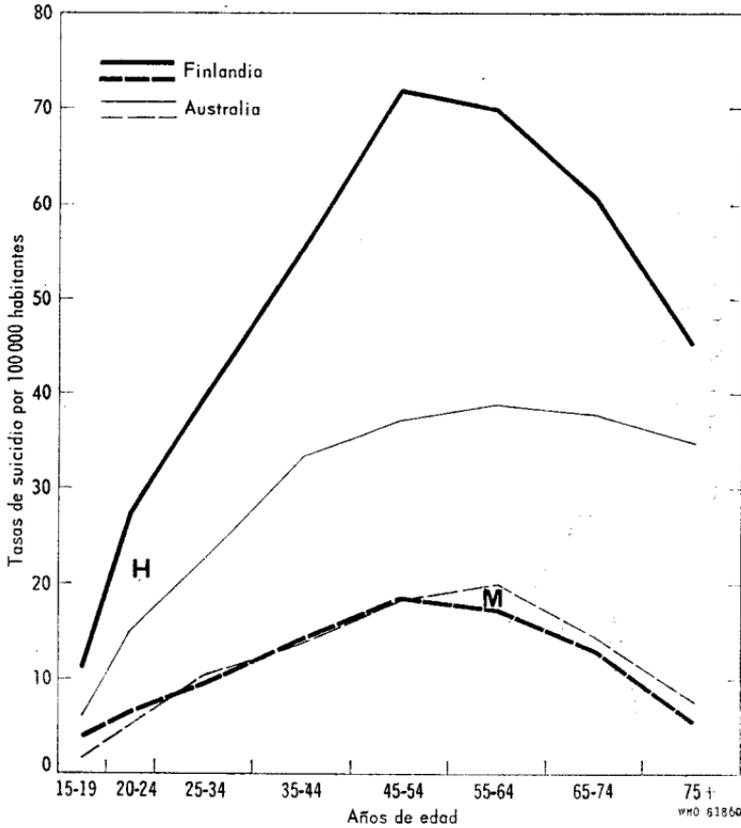


GRAFICO 3. DISMINUCION DE LAS TASAS DE SUICIDIO DESPUES DE LOS 60 AÑOS, AMBOS SEXOS: AUSTRALIA, FINLANDIA



**GRAFICO 4. DISMINUCIÓN DE LAS TASAS DE SUICIDIO, EN LAS MUJERES, DESPUES DE LOS 60 AÑOS: INGLATERRA Y GALES, PAISES BAJOS**

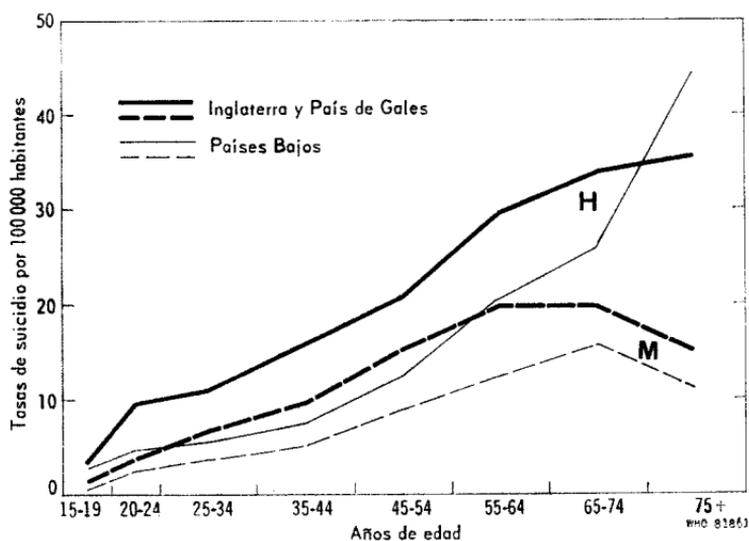
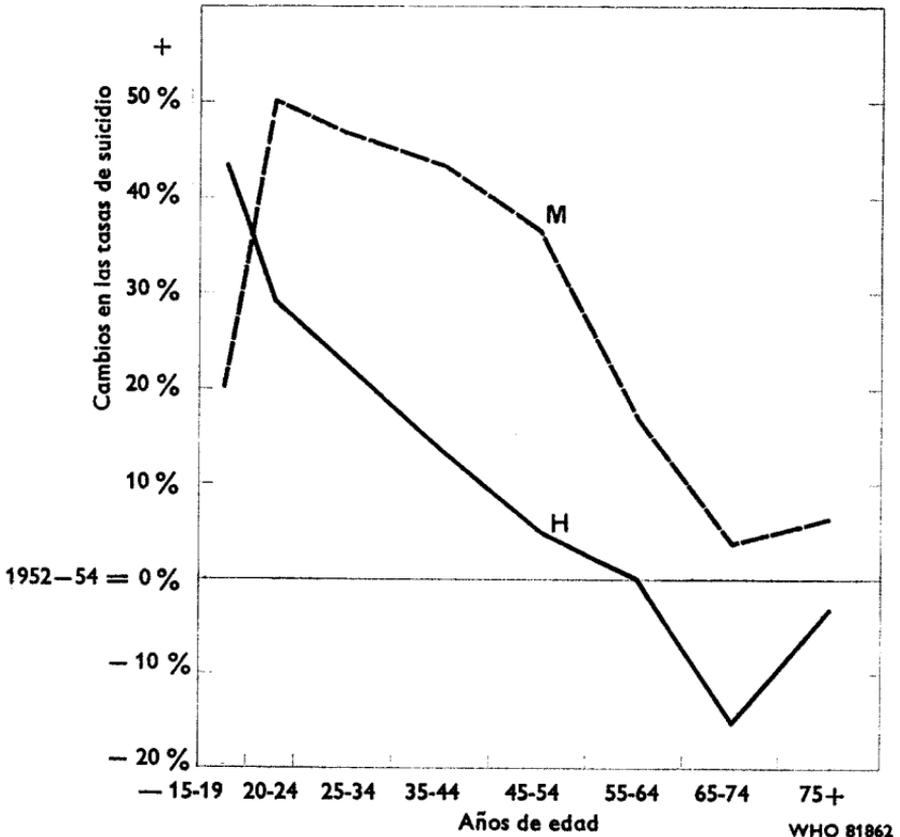


GRAFICO 5. CAMBIOS EN LAS TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LOS ESTADOS UNIDOS, EN 1952-54 Y 1961-63, SEGUN LA EDAD Y EL SEXO



## BIBLIOGRAFIA

- Achté, K.A. & Ginman, L. (1966) Suicidal attempts with narcotics and poisons, *Acta psychiat. scand.*, **42**, 214
- Asuni, T. (1962) Suicide in Western Nigeria, *Brit. med. J.*, **2**, 1091
- Asuni, T. (1967) Attempted suicide in Western Nigeria, *W. Afr. med. J.*, **16**, 51
- Austria, Statistisches Zentralamt (1959) *Selbstmordversuche im Gross-Stadtraum, Viena*
- Bagley, C. (1968) The evaluation of a suicide prevention scheme by the ecological method, *Soc. Sci. Med.*, **2**, 1
- Bappert, W. (1965) Die Zunahme der Suicidversuche und ihre seelischen Hintergründe. En: Zwingmann, C., ed., *Selbstvernichtung*, Francfort, Akademie-Verlag
- Barbosa, V. & Ramos, R. (1966) Estudos sôbre a mortalidade por suicidio. 3. A mortalidade por suicidio no interior do Estado de São Paulo, *Arch. Fac. Hig. S. Paulo*, **20**, 1-23
- Batchelor, I. R. C. & Napier, M.B. (1953) Broken homes and attempted suicide, *Brit. J. Delinq.*, **4**, 99
- Battegay, R. (1965) Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen, *Z. Präv.-Med.*, **10**, 440
- Bergstrand, C. G. & Otto, U. (1962) Suicidal attempts in adolescence and childhood, *Acta paediat.* (Uppsala), **51**, 17
- Blachly, P. H., Osterud, H. T. & Josslin, R. (1963) Suicide in professional groups, *New Engl. J. Med.*, **268**, 1278
- Blanc, M., Bourgeois, M. & Henry, P. (1966) La tentative de suicide: aspects actuels (à propos de 500 observations), *Ann. méd.-psychol.*, **124**, 554
- Bohaček, N. (1965) En: International Congress of Neuro-psychopharmacology. *Proceedings of the fourth meeting, Birmingham, September 1964*, Amsterdam, Elsevier, p. 175
- Bohaček, N. (1965a) « Pharmakogene depressive Verschiebung » bei schizophrenen Psychosen, *Z. Präv.-Med.*, **10**, 511
- Bohaček, N. (1966) Pharmakogene depressive Verschiebung, *Excerpta med. (Amst.) int. Congr. Ser.*, N° 129
- Bohannon P., ed. (1960) *African homicide and suicide*, Princeton, New Jersey
- Bridges, P. K. & Koller, K. M. (1966) Attempted suicide: a comparative study, *Comprehens. Psychiat.*, **7**, 240

- Brit. med. J.*, 1964, 1, 789 (Editorial — Suicide among doctors)
- Brit. med. J.*, 1966, 2, 965 (Editorial — Unemployment and suicide)
- Bruhn, J. G. (1962) Broken homes among attempted suicides and psychiatric out-patients: a comparative study, *J. ment. Sci.*, 108, 772
- Candiotti, C., Dérobert, M. & Moine, C. (1948) *Considérations statistiques sur le suicide en France et à l'étranger. Ses répercussions sociales*, Paris. Institut National d'Hygiène
- Capstick, A. (1960) Recognition of emotional disturbance and the prevention of suicide, *Brit. med. J.*, 1, 1179
- Carpenter, R. G. (1959) Statistical analysis of suicide and other mortality rates of students, *Brit. J. prev. soc. Med.*, 13, 163
- Carstairs, G. M. (1961) Characteristics of the suicide-prone, *Proc. roy. Soc. Med.*, 54, 262
- Clinical Psychiatry Committee (1965) Clinical trial of the treatment of depressive illness, *Brit. med. J.*, 1, 881
- Checoslovaquia, Ministerio de Sanidad (1966) Sebevražednost 1965, *Zdrav. Statist. CSSR.*, 9
- Dahlgren, K. G. (1945) *On suicide and attempted suicide*, Lund, Suecia
- Daumézon G., Core, J. & Rudrauf, J. (1955) Données statistiques sur les tentatives de suicide chez les alcooliques entrés à l'admission de Ste-Anne, *Ann. méd.-psychol.*, 113, II, 286
- Dorpat, T. L. & Ripley, H. S. (1960) A study of suicide in the Seattle area, *Comprehens. Psychiat.*, 1, 349
- Dorpat, T. H. & Ripley, H. S. (1962) A study of suicide in King County, *Northw. Med. (Seattle)*, 61, 655
- Dublin, L. I. (1963) *Suicide: a sociological and statistical study*, Nueva York, Ronald Press
- Durkheim E. (1912) *Le suicide*, Paris, Alcan
- Eisenthal, S., Farberow, N. L. & Shneidman, E. S. (1966) Follow-up of neuro-psychiatric patients in suicide observation status, *Publ. Hlth. Rep. (Wash.)*, 81, 977
- Eklblom, B. & Frisk, M. (1959) Den vid suicidförsök omedelbart angivna subjektiva orsakens relation till recidivfrekvensen [Relación entre la causa subjetiva declarada inmediatamente después de las tentativas de suicidio y la frecuencia con que se reincide], *Nord. Med.*, 62, 1176
- España, Instituto Nacional de Estadística (1959) *El suicidio en España durante medio siglo*, Madrid, Gráfica Maitea
- Ettlinger, R. W. & Flordh, P. (1955) Attempted suicide: experience of five hundred cases at a general hospital, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 103
- Evans, J. G. (1967) Deliberate self-poisoning in the Oxford area, *Brit. J. prev. soc. Med.*, 21, 97
- Fallers, L. A. & Fallers, M. C., Homicide and suicide in Busoga. En: Bohannon, P. ed. (1960) *African homicide and suicide*, Princeton, Princeton University Press
- Farberow, N. L. & McEvoy, T. L. (1966) Suicide among patients with diagnosis of anxiety reaction or depressive reaction in general medical and surgical hospitals, *J. abnorm. soc. Psychol.*, 71, 287
- Farberow, N. L., McKelligott, J. W., Cohen, S. & Darbonne, A. (1966) Suicide among patients with cardiorespiratory illnesses, *J. Amer. med. Ass.*, 195, 422

- Farberow, N. L. & Shneidman, ed. (1961) *The cry for help*, Nueva York, McGraw-Hill
- Farberow, N. L., Shneidman, E. S. & Leonard, C. V. (1963) Suicide among general medical and surgical hospital patients with malignant neoplasms, *Med. Bull. Veterans' Adm. (Wash.)*, Nº 9
- Faucett, R. L. (1958) Induced depressions. Pharmacologic effects, *Amer. J. Psychiat.*, **115**, 247
- Field, M. J. (1960) *Search for security*, Londres, Faber & Faber
- Fremming, K. H. (1951) *The expectation of mental infirmity in a sample of the Danish population*, Londres, Cassell
- Fuchs, H. (1961) Selbstmordhandlungen, *Öst. Arzteztg*, **16**, 1227
- Gabriel, E. (1935) Über die Todesursachen bei Alkoholikern, *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, **153**, 385
- Gardner, E. A., Bahn, A. K. & Mack, M. (1964) Suicide and psychiatric care in the aging, *Arch. gen. Psychiat.*, **10**, 547
- Gaultier, M., Fournier, E., Zimbacca, N. & Gorceix, A. (1965) Les intoxications aiguës volontaires chez les sujets de moins de 21 ans, *Ann. Méd. lég.*, **45**, 67
- Gorceix, A. & Zimbacca, N. (1965) Etude des dossiers de suicide enregistrés dans le département de la Seine en 1962, *Ann. Méd. lég.*, **45**, 20
- Greer, S. (1966) Parental loss and attempted suicide: a further report, *Brit. J. Psychiat.*, **112**, 465
- Greer, S. & Gunn, J. C. (1966) Attempted suicides from intact and broken parental homes, *Brit. med. J.*, **2**, 1355
- Greer, S., Gunn, J. C. & Koller, K. M. (1966) Aetiological factors in attempted suicide, *Brit. med. J.*, **2**, 1352
- Hartelius, H. (1957) Suicide in Sweden, *Acta psychiat. scand.*, **32**, 151
- Hartelius, H. (1967) A study of suicides in Sweden 1951-63 including a comparison with 1925-1950, *Acta psychiat. scand.*, **43**, 121
- Helgason, T. (1964) The epidemiology of mental disorder in Iceland, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 173
- Hendin, H. (1950) Attempted suicide: a psychiatric and statistical study, *Psychiat. Quart.*, **24**, 39
- Hendin, H. (1964) *Suicide and Scandinavia*, Nueva York, Grune & Stratton
- Hippius, H. (1965) *Dynamics and significance of psychopharmacological intervention in psychiatry*. En: International Congress of Neuro-psychopharmacology, *Proceedings of the fourth meeting, Birmingham, September 1964*, Amsterdam, Elsevier
- Hofmann, G., Ringel, E. & Wanderer, W. (1963) Erfahrungen und Ergebnisse der Vergiftungsstation der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien (Frauenabteilung) in den Jahren 1953 bis 1962, *Wien. klin. Wschr.*, **75**, 889
- Hove, H. (1953) Reddede selvmordspatienters skæbne, *Ugeskr. Laeg.*, **115**, 645
- Iga, M. (1966) Relation of suicide attempt and social structure in Kamakura, Japan, *Int. J. soc. Psychiat.*, **12**, 221
- Inglaterra y País de Gales, Registro Civil (1958) *The Registrar General's decennial Supplement, England and Wales, 1957*, Londres, H. M. Stationery Office
- Inglaterra y País de Gales, Registro Civil (1960) *Statistical Review of England and Wales for the three years 1954-56. Supplement on mental health*, Londres, H. M. Stationery Office

- Jacobziner, H. (1960) Attempted suicides in children, *J. Pediat.*, **56**, 4
- Jacobziner, H. (1965) Attempted suicides in adolescents by poisoning, *Amer. J. Psychother.*, **19**, 247
- James, I. P., Derham, S. P. & Scott-Orr, D. N. (1963) Attempted suicide — a study of 100 patients referred to a general hospital, *Med. J. Aust.*, **1**, 375
- James, P. & Levin, S. (1964) Suicide following discharge from psychiatric hospital, *Arch. gen. Psychiat.*, **10**, 43
- Jansson, B. (1962) A catamnestic study of 476 attempted suicides, with special regard to the prognosis for cases of drug automation, *Acta psychiat. scand.*, **38**, 183
- Jeffreys, M. D. W. (1952) Samsonic suicide or suicide of revenge among Africans, *Afr. Stud.*, **2**, 118
- Jones, K. (1965) Suicide and the hospital service, *Brit. J. Psychiat.*, **111**, 625
- Kapamadžija, B. (1966) Stoosamdeset slučajeva pokušaja samoubistva tretiranih na našoj klinici od 1952-1966 godine (Ciento ochenta casos de tentativas de suicidio atendidos en nuestra clínica desde 1952 hasta 1966), *Med. Pregl.*, **19**, 261
- Kessel, N. (1965) Self-poisoning, *Brit. med. J.*, **2**, 1265; 1336
- Kessel, N. (1966) The respectability of self-poisoning and the pattern of survival, *J. psychosom. Res.*, **10**, 29
- Kessel, N. & Grossmann, G. (1961) Suicide in alcoholics, *Brit. med. J.*, **2**, 1671
- Kessel, N. & McCulloch, W. (1966) Repeated acts of self-poisoning and self-injury, *Proc. roy. Soc. Med.*, **59**, 89
- Kessel, N., McCulloch, W. & Simpson, E. (1963) Psychiatric service in a centre for treatment of poisoning, *Brit. med. J.*, **2**, 985
- Kielholz, P. (1965) *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*, Munich, Lehmanns
- Kielholz, P. & Pöldinger, W. (1964) Die ambulante Behandlung von Depressionen, *Schweiz. med. Wschr.*, **94**, 981
- Kim, C. E., (1959) Suicide among Koreans, report 1: a statistical observation of the annual (1959) incidence of successful suicide in the Pusan area, *J. Pusan med. Coll.*, **1**, 1
- Kim, C. E. (1963) A social psychiatric evaluation on the problems contributing to suicide in Koreans, *Korean Choong Ang. med. J.*, **5**, 367
- Kruijt, C. S. (1960) *Zelfmoord*, Utrecht, van Gorum
- Krupinski, J., Polke, P. & Stoller, A. (1965) Psychiatric disturbances in attempted and completed suicides in Victoria during 1963, *Med. J. Aust.*, **2**, 773
- Labhardt, F. (1959) Die Bedeutung der modernen medikamentösen Therapie für die psychiatrische Klinik und Praxis, *Schweiz. med. Wschr.*, **89**, 76, 105
- Langelüddeke, A. (1941) Über Lebenserwartung und Rücksfallhäufigkeit bei Manisch-depressiven, *Z. psych. Hyg.*, **14**, 1
- Ledermann, S. (1952) Une mortalité d'origine économique en France: la mortalité d'origine ou d'appoint alcoolique, *Sem. méd. (Paris)*, **28**, 417
- Lendrum, F. C. (1933) A thousand cases of attempted suicide, *Amer. J. Psychiat.*, **13**, 479
- Lerch, D. (1959) Administrative Trinkerversorgung und Antabusuren in Basel in den Jahren 1947-1957 und ihre Ergebnisse, *Z. Präy.-Med.*, **41**, 381

- Lin, T-Y. (1967) Some epidemiological findings of suicides in youth. En: Caplan, G. & Lebovici, S., ed. *Adolescents in a period of change*, Nueva York, Basic Books
- Litman, R. E. (1965) Psychiatric hospitals and suicide-prevention centers, *Comprehens. Psychiat.*, **6**, 119
- Litman, R. E., Curphey, T., Shneidman, E. S., Farberow, N. L. & Tabachnick, N. (1963) Investigations of equivocal suicides, *J. Amer. med. Ass.*, **184**, 924
- Litman, R. E., Farberow, N. L., Shneidman, E. S., Heilig, S. M. & Kramer, J. A. (1965) Suicide-prevention telephone service, *J. Amer. med. Ass.*, **192**, 21
- Litman, R. E. Shneidman, E. S. & Farberow, N. L. (1961) Los Angeles suicide prevention center, *Amer. J. Psychiat.*, **117**, 1084
- Lundquist, G. (1945) Prognosis and course in manic-depressive psychosis: a follow-up study of 319 first admissions, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. **35**, 1
- McCarthy, P. D. & Walsh, D. (1966) Suicide in Dublin, *Brit. med. J.*, **1**, 1393
- McCarthy, P. D. & Walsh, D. (1965) Attempted suicide in Dublin, *J. Irish med. Ass.*, **57**, 8
- McCulloch, J. W., Philip, A. E. & Carstairs, G. M. (1967) The ecology of suicidal behaviour, *Brit. J. Psychiat.*, **113**, 313
- MacMahon, B. & Pugh, T. F. (1965) Suicide in the widowed, *Amer. J. Epidemiol.*, **81**, 23
- Metropolitan Life Insurance Company (1964) Rise in frequency of suicide *Statist. Bull. Metrop. Life Insur. Co.*, **45**, 8
- Micic, S., Rajs, J. & Pandurovic, S. (1967) Il suicidio nei minorenni. Osservazioni su autopsie eseguite a Belgrado nel periodo 1953-1962, *Minerva pediat.*, **19**, 255
- Moss, L. & Hamilton, D. (1956) The psychotherapy of the suicidal patient, *Amer. J. Psychiat.*, **112**, 814
- Motto, J. A. (1965) Suicide attempts: a longitudinal view, *Arch. gen. Psychiat.*, **13**, 516
- Motto, J. A. & Green, C. (1958) Suicide and the medical community, *Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.)* **80**, 776
- Murphy, G. E. & Robins, E. (1967) Social factors in suicide, *J. Amer. med. Ass.*, **199**, 303
- Nørvig, J. & Nielsen, B. (1956) A follow-up study of 221 alcoholic addicts in Denmark, *Quart. J. Stud. Alcohol*, **17**, 633
- Osgood, C. E. & Walker, E. G. (1959) Motivation and language behavior: a content analysis of suicide notes, *J. abnorm. soc. Psychol.*, **59**, 58
- Osmond, H. & Hoffer, A. (1967) Schizophrenia and suicide, *J. Schizophrenia*, **1**, 54
- Otto, U. (1965) Suicidal attempts made by children and adolescents because of problems, *Acta paediat. scand.*, **54**, 348
- Paffenbarger, R. S. jr & Asnes, D. P. (1966) Chronic disease in former college students. 3. Precursors of suicide in early and middle life, *Amer J. publ. Hlth*, **56**, 1026
- Parkin, D. & Stengel, E. (1965) Incidence of suicidal attempts in an urban community, *Brit. med. J.*, **2**, 133
- Parnell, R. W. & Skottowe, I. (1957) Towards preventing suicide, *Lancet*, **1**, 206
- Pfister-Ammende, M. (1955) *Symptomatology, treatment and prognosis of mental disorders among refugees and repatriates in Switzerland*. En: Murphy, H. B. M., ed., *Displaced persons*, UNESCO, Paris
- Pitts, F. N. jr & Winokur, G. (1964) Affective disorder III: diagnostic correlates and incidence of suicide, *J. nerv. ment. Dis.*, **139**, 176

- Pokorny, A. D. (1964) Suicide rates in various psychiatric disorders, *J. nerv. ment. Dis.*, **139**, 499
- Pokorny A. (1966) A follow-up study of 618 suicidal patients, *Amer. J. Psychiat.*, **122**, 1095
- Pöldinger, W. (1966) Die medikamentöse Depressionsbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Selbstmordprophylaxe, *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, **98**, 304
- Prokupek, J. (1965) K problémum evidence sebevražednosti v CSSR, *Cs. Zdrav.*, **13**, 550
- Prokupek, J. (1967) Suicide analysis in Czechoslovakia in the 1963-66 period (comunicación presentada al Cuarto Congreso Internacional sobre Prevención del Suicidio, Los Angeles, 18-21 octubre 1967)
- Ramos, R. & Barbosa, V. (1965) Estudos sobre a mortalidade por suicidio. I. Discussão sobre seu valor como indicador do nível de saúde mental. II. A mortalidade por suicidio no Município de São Paulo, *Arg. Fac. Hig. S. Paulo*, **19**, 33
- Ringel, E. (1952) *Der Selbstmord*, Viena, Maudrich
- Ringel, E. (1953) *Der Selbstmord-Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*, Viena, Maudrich
- Ringel, E. (1959) *Gegenwärtige Möglichkeiten und zukünftige Aufgaben der Selbstmordprophylaxe*. En: *Austria, Statistisches Zentralamt, Selbstmordversuche im Gross-Stadtraum*, Viena
- Ringel, E. (1961) *Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem*, Viena, Hollinek
- Ringel, E. (1963) En: *Proceedings of the Second International Working Conference for Suicide Prevention*, Copenhagen, 8-11 mayo 1963
- Ringel, E. (1965) *Über Selbstmordversuche von Jugendlichen*. En: Zwingmann, C. ed., *Selbstvernichtung*, Francfort, Akademie-Verlag
- Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson, R. H., Gassner, S. & Keyes, J. (1959) Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides, *Amer. J. publ. Hlth*, **49**, 888
- Robins, E., Schmidt, E. H. & O'Neal, P. (1959) Some interactions of social factors and clinical diagnosis in attempted suicide, *Amer. J. Psychiat.*, **114**, 221
- Robinson, P. I. (1962) Suicide-causes and prevention statistics and public health significance, *Postgrad. Med.*, **32**, 154
- Rook, A. (1959) Student suicides, *Brit. med. J.*, **1**, 599
- Rüegsegger, P. (1963) Selbstmordversuche. Klinische, statistische und katamnestiche Untersuchungen an 132 Suizidversuchspatienten, *Psychiat. Neurol. (Basel)*, **146**, 81
- Sainsbury, P. (1955) *Suicide in London: an ecological study*, Londres, Chapman & Hall, Maudsley Monographs, N° 1
- Sainsbury, P. (1961) Suicide in old age, *Proc. Roy. Soc. Med.*, **54**, 266
- Sainsbury, P. (1963) *Social and epidemiological aspects of suicide in the aged*. En: Williams, R. H., ed., *Processes of aging, II*, Nueva York, Atherton Press
- Sainsbury, P. (1968) Suicide and depression, *Brit. J. Psychiat.* (Suppl. on affective disorders)
- Schmidt, E. H., O'Neal, P. & Robins, E. (1954) Evaluation of suicide attempts as guide to therapy, *J. Amer. med. Ass.*, **155**, 549
- Schneider, P. (1954) *La tentative du suicide*, Neuchâtel & Paris, Delachaux & Niestlé

- Schneider, D. B., Masson, D. & de Perret, E. (1965) La prophylaxie du suicide chez les alcooliques, *Z. Präv.-Med.*, **10**, 432
- Schulz, B. (1949) Sterblichkeit endogen Geisteskranker und ihrer Eltern, *Z. menschl. Vererb. Konstit.-Lehre*, **29**, 338
- Sciare, A. B. & Hamilton, C. M. (1963) Attempted suicide in Glasgow, *Brit. J. Psychiat.*, **109**, 609
- Seager, C. P. & Flood, R. A. (1965) Suicide in Bristol, *Brit. J. Psychiat.*, **111**, 919
- Shneidman, E. S. (1960) *A socio-psychological investigation of suicide*. En: David, H. & Brengelmann, J.C., ed., *Perspectives in personality research*, Nueva York, Springer
- Shneidman, E. S. (1963) *Orientations toward death: a vital aspect of the study of lives*. En: White, R. W., ed., *The study of lives*, Nueva York, Atherton Press
- Schneidman, E. S. & Farberow, N. L., ed. (1961) *Clues to suicide*, Nueva York, McGraw-Hill
- Shneidman, E. S. & Farberow, N. L. (1965) The Los Angeles suicide prevention center: a demonstration of public health feasibilities, *Amer. J. publ. Hlth*, **55**, 21
- Shneidman, E. S., Farberow, N. L. & Leonard, C. (1962) Suicide: evaluation and treatment of suicidal risk among schizophrenic patients in psychiatric hospitals, *Med. Bull. Veterans' Adm. (Wash.)*, N° 8
- Slater, E. (1938) Zur Erbpathologie des manisch-depressiven Irreseins: die Eltern un Kindern von Manisch-depressiven, *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, **163**, 1
- Stengel, E. (1962) Recent research into suicide and attempted suicide, *Amer. J. Psychiat.*, **118**, 725
- Stengel, E. (1963) Attempted suicide: its management in the general hospital, *Lancet*, **1**, 223
- Stengel, E. (1963a) The suicidal patient in the general hospital, *Nursing Times*, **59**, 1083
- Stengel, E. (1964) *Suicide and attempted suicide*, Harmondsworth, Penguin
- Stengel, E. (1964a) Facts, figures and suicide, *Discovery*, **25**, 38
- Stengel, E. (1965) The prevention of suicide in old age, *Z. Präv.-Med.*, **10**, 474
- Stengel, E. (1967) *Suicide and attempted suicide*, Harmondsworth, Penguin, 2ª edición
- Stengel, E. & Cook, N. G. (1958) *Attempted suicide*, Londres, Chapman & Hall, Maudsley Monographs, N° 4
- Stengel, E. & Cook, N. G. (1961) Contrasting suicide rates in industrial communities, *J. ment. Sci.*, **107**, 1011
- Stenstedt, A. A. (1952) A study of manic-depressive psychosis: clinical, social and genetic investigations, *Acta. psychiat. scand.*, Suppl. 79
- Swinscow D. (1951) Some suicide statistics, *Brit. med. J.*, **1**, 1417
- Szymanska, Z. & Zelazowska, S. (1964) Suicides et tentatives de suicide des enfants et adolescents, *Rev. Neuropsychiat. infant.*, **12**, 715
- Teicher, J. D. & Jacobs, J. (1966) Adolescents who attempt suicide, *Amer. J. Psychiat.*, **122**, 1248
- Temoche, A. y col. (1964) Suicide rates among current and former mental institution patients, *J. nerv. ment. Dis.*, **138**, 124
- Townsend, P. (1957) *The family life of old people*, Londres, Routledge
- Tuckman, J., Youngman, W. F. & Leifer, B. (1966) Suicide and family disorganization, *Int. J. soc. Psychiat.*, **12**, 187

- Varah, C., ed. (1965) *The Samaritans*, Londres, Constable
- Wagner, F. F. (1960) Suicide notes, *Dan. med. J.*, **7**, 62
- Walk, D. (1967) Suicide and community care, *Brit. J. Psychiat.*, **113**, 1381
- Walton, H. J. (1958) Suicidal behaviour in depressive illness, *J. ment. Sci.*, **104**, 884
- Weiss, J. M. A. (1954) Suicide, an epidemiologic analysis, *Psychiat. Quart.*, **28**, 225
- Weiss, J. M. A., Nuñez, N. & Schaie, K. W. (1961) Quantification of certain trends in attempted suicide. En: *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, Montreal, 4-10 June 1961*, vol. 2, Montreal, University of Toronto & McGill University, p. 1236
- Weitbrecht, H. J. (1965) Selbstmordprophylaxie bei Jugendlichen, *Z. Präy.-Med.*, **10**, 458
- Whitlock, F. A. & Schapira, K. (1967) Attempted suicide in Newcastle upon Tyne, *Brit. J. Psychiat.*, **113**, 423
- Yap, P. M. (1958) Hypereridism and attempted suicide in Chinese, *J. nerv. ment. Dis.*, **127**, 34
- Yap, P. M. (1958a) *Suicide in Hong Kong with special reference to attempted suicide Hong Kong*, University Press & Oxford University Press
- Yap, P. M. (1963) En: Williams, R. H., Tibbitts, C. & Donahue, W., ed., *Processes of aging*, Nueva York, Atherton Press
-

## CUADERNOS DE SALUD PUBLICA

Nº	s. d.	§	Fr. s.
1. SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y ARQUITECTURA. <i>A. Baker, R. Llewelyn Davies y P. Sivadon</i> (1963) 67 páginas	3/6	0,60	2,—
2. LOS METODOS EPIDEMIOLOGICOS EN EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. <i>D. D. Reid</i> (1964) 90 páginas	5/-	1,00	3,—
3. LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA URSS. Informe redactado por los participantes en un viaje de estudios organizado por la Organización Mundial de la Salud (1963) 60 páginas	3/6	0,60	2,—
4. ENFERMERIA DE SALUD PUBLICA. Problemas y perspectivas. <i>Por varios autores</i> (1962) 202 páginas	8/6	1,75	5,—
5. TENDENCIAS ACTUALES DE LA DELINCUENCIA JUVENIL. <i>T. C. N. Gibbens</i> (1962) 64 páginas	3/6	0,60	2,—
6. LAS RADIACIONES IONIZANTES Y LA SALUD. <i>Bo Lindell y R. Lowry Dobson</i> (1964) 85 páginas	5/-	1,00	3,—
7. PROGRAMAS PARA LA ENSEÑANZA DE ENFERMERIA BASICA. Guía para su planteamiento, <i>Katharine Lyman</i> (1962) 86 páginas	5/-	1,00	3,—
8. LA INMUNIZACION EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. <i>Por varios autores</i> (1962) 127 páginas	6/8	1,25	4,—
9. ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA Y DE LA SALUD MENTAL. <i>Por varios autores</i> (1963) 197 páginas	10/-	2,00	6,—
10. LUCHA CONTRA LOS HELMINTOS TRANSMITIDOS POR EL SUELO. <i>Paul C. Beaver</i> (1964) 46 páginas	3/6	0,60	2,—
11. HIGIENE MATERNOINFANTIL EN LA URSS. Informe sobre un viaje de estudios organizado por la Organización Mundial de la Salud (1962) 71 páginas	5/-	1,00	3,—
12. LOS ACCIDENTES DEL TRAFICO. Epidemiología y prevención. <i>L. G. Norman</i> (1963) 119 páginas	6/8	1,25	4,—
13. ASPECTOS DE LA LUCHA CONTRA LA CONTAMINACION DEL AGUA. <i>Por varios autores</i> (1963) 125 páginas	6/8	1,25	4,—
14. PRIVACION DE LOS CUIDADOS MATERNOS. <i>Por varios autores</i> (1963) 171 páginas	10/-	2,00	6,—
15. EPIDEMIOLOGIA DE LA CONTAMINACION ATMOSFERICA. Informe de un simposio. <i>P. J. Lawther, A. E. Martin y E. T. Wilkins</i> (1963) 36 páginas	1/9	0,30	1,—
16. IMPORTANCIA DE LOS METODOS EPIDEMIOLOGICOS EN PSIQUIATRIA. <i>Tsung-Yi Lin y C. C. Standley</i> (1964) 86 páginas	5/-	1,00	3,—