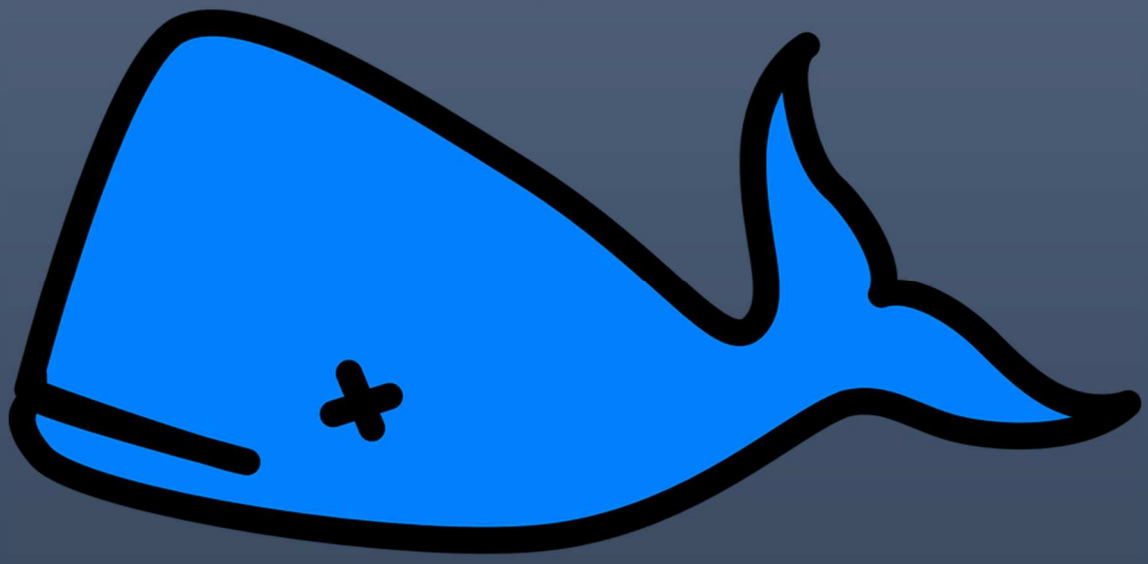
2016
2017

Epidemiologia del suïcidi a Catalunya, 2015.



Autor: **Xavier Busquets Vall.**

Directora TFG: **Rosa Maria Pérez Pérez.**

Treball Final del Grau de Criminologia.

ÍNDEX

RESUM 3

1. INTRODUCCIÓ. 4

1.1. ESTAT ACTUAL DE LA QÜESTIÓ. 6
1.2. TEORIES DEL SUÏCIDI. 7
1.2.1. Teories sociològiques. 7
1.2.2. Teories psicoanalítiques. 9
1.2.3. Teories biològic-genètiques. 13
1.3. MODELS EXPLICATIUS ACTUALS. 15
1.4. MÈTODES UTILITZATS EN EL SUÏCIDI. 17

1.5. FACTORS DE SUÏCIDI. 18

1.5.1. Factors de risc. 18
1.5.2. Factors protectors. 24

2. JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS DE LA RECERCA. 25

2.1. JUSTIFICACIÓ. 25
2.2. OBJECTIUS. 26

3. MATERIAL I MÉTODE. 26

3.1. DISSENY METODOLÒGIC. 26

4. RESULTATS I DISCUSIÓ. 28
4.1. DATA DEL FET. 30
4.2. SEXE. 32
4.3. EDAT. 33
4.4. PATOLOGIA FÍSICA I/O PSÍQUICA. 34
4.5. MÈTODE SUÏCIDA. 36
4.6. EXISTÈNCIA DE TEMPTATIVA PRÈVIA DE SUÏCIDI. 38
4.7. EXISTÈNCIA D'AVÍS PREVI DE SUÏCIDI. 39
4.8. ENTORN. 39
4.9. LLOC DELS FETS. 41

5. LIMITACIONS DE LA RECERCA. 42

6. CONCLUSIONS. 43

7. BIBLIOGRAFIA. 44

RESUM

El suïcidi ha estat present en diverses societats i en diferents moments temporals, essent un fenomen vinculat a l'espècie humana. Hi ha molts estudis que intenten buscar una explicació causal a aquests fenomen que té una important repercussió en els familiars de la víctima, en el seu entorn i en la societat en general. Amb aquest treball, la meva intenció és poder fer un estudi descriptiu dels casos de suïcidi coneguts en el territori de Catalunya durant l'any 2015, amb la finalitat de poder extreure'n informació que permeti copsar la realitat del fenomen. Aquest treball es troba dividit en dues parts. La primera fa referència a les teories existents sobre el fenomen, així com l'estat actual de la qüestió. La segona part consisteix en un treball de recerca efectuat sobre els suïcidis consumats a Catalunya durant l'any 2015, recopilant informació sobre cadascun dels fets, tal com sexe, edat, presència de temptatives prèvies de suïcidi, presència d'algun tipus de patologia física o psíquica, mètode utilitzat per a la consumació i si hi ha hagut algun fet o factor que hagi pogut precipitar la conducta. Amb aquesta informació es pretén adquirir un coneixement del fenomen, en aquest període temporal, que permeti valorar la magnitud del mateix.

ABSTRACT

Suicide has been present in different societies and in different eras, being a phenomenon linked to the humans species. Many studies that try to find a causal explanation for these phenomena which has a significant impact on the family's victim, the environment and society. With this work, I intend to make a descriptive study of known cases of suicide in the territory of Catalonia in 2015. This work is divided in two parts. The first part refers to theories about phenomenon and the current situation. The second part consists of a research conducted on the suicides in Catalonia in 2015, gathering information like sex, age, presence of previous suicide attempts, presence of physical or mental disease, method used for the consummations and precipitating factors. The intention is to grasp the magnitude of the phenomenon.

1. INTRODUCCIÓ.

La Organització Mundial de la Salut (OMS, 2014) defineix l'expressió d'acte suïcida com tot acte realitzat per un individu vers un mateix que causi una lesió, qualsevol que sigui el grau d'intencionalitat letal i el coneixement del motiu de la seva realització. El concepte de para-suïcidi (Kreitman, 1969) es refereix a les conductes auto-lesives no mortals, sense tenir en compte la intencionalitat de mort.

El suïcidi ha existit des de fa molts anys i en diferents societats. La visió històrica del suïcidi, positiva o negativa, reflexa els valors morals vigents en el marc cultural de referència. Per exemple, segons la cultura visigòtica, quan una persona arribava a certa edat era preceptiu que ella mateixa acabés amb la seva vida llançant-se des d'una pedra (coneguda com la pedra dels ancians), ja que es considerava deshonrós el fet de viure en decrepitud. En determinades regions del Nord es creia que una mort violenta aconseguia que el subjecte pogués arribar al "Walahalla", al costat del Déu Odí. En la cultura grega el suïcidi era vist des d'una perspectiva ambivalent, diversos filòsofs van defensar la licitud d'acabar amb la vida d'un mateix quan aquesta ja no reunia uns mínims de qualitat, en aquest sentit el suïcidi era valorat positivament per a poder evitar judicis, càstigs o el deshonor. En la cultura romana l'actitud vers el suïcidi també era de tolerància, sempre que l'individu fos un ciutadà lliure; en el cas que fos un esclau aquest no tenia dret a efectuar-lo, ja que era considerat com una propietat. En Egipte, els contemporanis de Cleòpatra van arribar a fundar l'acadèmia "Synapothanumènes" que tenia com a objectius poder trobar els millors mitjans per assolir una mort dolça.

El suïcidi també ha estat utilitzat com mitjà d'escapament de les persones que eren esclavitzades a Àfrica per portar-les a les plantacions d'Amèrica, fins al punt que els comerciants d'esclaus tenien en compte les conviccions religioses dels seus esclaus a l'hora d'adquirir-los (els que creien en la metempsicosis tenien més probabilitats de suïcidar-se i per tant esdevenir una pèrdua econòmica). Això

explica, en part, la intencionalitat de convertir aquests esclaus a la religió catòlica, ja que segons aquesta el suïcidi és pecat (Malvido, 2010).

Respecte a les religions, el suïcidi ha rebut un tractament diferent en funció de cadascuna. L'Islam el prohibeix de manera estricta, considerant-lo l'Alcorà com un delicte més greu que el propi homicidi. El budisme i l'hinduisme el conceptualitzen de manera negativa. En la religió jueva, tot i que es poden trobar referències a casos succeïts en les antigues escriptures, el suïcidi és censurat. El cristianisme, tot i que en un principi mostrava una actitud tolerant en alguns casos (com el de Jesucrist o els màrtirs), va considerar el suïcidi com un acte de pecat i es castigava amb duresa, condemnant eternament l'ànima i amb la prohibició d'enterrar el cos en terra sagrada. Al respecte, el Concili d'Arlés (452) considerava que era un acte inspirat pel dimoni, Els Concili d'Orleans (533), de Braga (512) i Toledo (693), en determinaven les penes i càstigs. Sant Tomàs ho considerava un pecat mortal. (Hoof, 2000). En Europa, aquesta idea del suïcidi com a acte prohibit ha perdurat fins als nostres dies, encara que, a finals del S. XIX, determinats autors del renaixement cultural com Rousseau, Voltaire, Beccaria, Montaigne o Hume, tracten de descriminalitzar aquesta conducta, justificant de manera racional el dret a l'autodeterminació de la pròpia mort en determinades circumstàncies (Hume, 2005). Actualment, els valors morals propis de la cultura occidental com la llibertat individual o autonomia del pensament i l'acció, fan que per a determinades persones el suïcidi sigui vist dins de l'àmbit de la llibertat personal a optar-hi davant de situacions de patiment o dolor. Tot i això segueix essent un tema en el qual la opinió es troba dividida (Huizinga, 1996).

L'aproximació a la regulació legal del suïcidi la podem fer matisant que, a començaments del S. XIX, la major part de països del món tenien lleis que el castigaven, inclús amb penes de presó. Actualment el suïcidi té un tractament diferent segons els país. En determinats països el suïcidi continua estant penat, ja que es considera a la persona com una propietat de l'Estat o bé apliquen la llei islàmica (Sharia). Les sancions previstes impliquen des d'una petita sanció econòmica fins a penes de presó, arribant a la cadena perpetua. En la realitat, però, molts d'aquests països no arriben a encausar als autors, que poden ser

detinguts però normalment deixats en llibertat sota advertiment. En Espanya, tot i que el suïcidi en si no ho sigui, és delicte col·laborar en els actes preparatoris necessaris per a efectuar-lo o bé induir a suïcidar-se a una persona (art 143. LOCPE 10/95, del 23 de novembre). La pena per l'inductor és de 4 a 8 anys de presó. Els actes preparatoris es castiguen amb una pena de 2 a 5 anys de presó. Si la cooperació arriba a causar la mort del subjecte, la pena és de 6 a 10 anys de presó. Si es col·labora per raons humanitàries, davant la petició expressa, seria e inequívoca de la persona afectada, en el cas que aquesta pateixi una greu malaltia que li causi patiments difícils de suportar, s'aplicarà la pena inferior en un o dos graus (art 143.4 LOCPE 10/95, del 23 de novembre).

El fenomen del suïcidi té un indubtable interès criminològic, es tracta d'un fet on conflueixen factors tant psicològics, com ambientals i genètics, tot i que cap d'aquests és suficient per justificar per si sol el fet. Hi ha diverses teories que pretenen explicar-lo, com les teories sociològiques, essent-ne Émile Durkheim un referent. També les teories psicoanalítiques derivades de la visió Freudiana sobre el tema, i altres autors com Hendin, Litman, Horney, Rado.. Per últim, les teories biològic-genètiques que fan referència al factor hereditari de la conducta i la presència de patologies mentals, es poden destacar autors com Miles, Beskow, Boven, Brener, Roy...

1.1. ESTAT ACTUAL DE LA QÜESTIÓ.

El suïcidi és un problema de salut pública mundial i d'importància, que cal prevenir. Per tal que aquesta prevenció resulti eficaç cal una implicació multisectorial. El coneixement sobre el fenomen ha millorat molt en les últimes dècades i es pot destacar els següents avenços:

- Reconeixement de la multicausalitat, amb la interacció de factors biològics, psicològics, socials, ambientals i culturals. Importància de la comorbiditat de factors (consum d'alcohol i trastorns mentals..) com a causa d'augment del risc de suïcidi (OMS, 2014).

- Identificació de factors de risc i de protecció. Molts han pogut ser identificats mitjançant investigacions epidemiològiques (Soubrier, 2004) i s'ha aconseguit millorar el coneixement dels factors psicològics i dels mecanismes cognitius relacionats amb el suïcidi.
- Reconeixement de les diferències culturals. La variabilitat cultural té importància dins dels factors de risc. Alguns factors psicosocials i culturals poden desenvolupar un important paper preventiu (Chandler i Lalonde, 2008).
- Des de l'any 2000 s'han desenvolupat diverses estratègies nacionals de prevenció del suïcidi. Hi ha 28 països que apliquen aquestes estratègies (OMS, 2014).
- En els darrers 15 anys han sorgit nombrosos estudis i publicacions sobre el suïcidi i la seva prevenció. S'han efectuat programes de formació capacitativa en diversos col·lectius (OMS, 2014).
- S'han establert directrius en els centres d'atenció sanitària primària per tal de detectar i poder derivar els casos que els hi arribin (OMS, 2011).
- Des de l'any 2000 s'han establert grups de suport per a supervivents i familiars de les víctimes. També hi ha nombrosos voluntaris capacitats que ofereixen assistència telefònica recolzant emocionalment a les persones en moments de crisi (De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O, 2014).
- L'any 2013, l'Associació Internacional per a la prevenció del Suïcidi (IASP) juntament amb la OMS, van iniciar una enquesta mundial sobre prevenció del suïcidi per avaluar la informació existent.

1.2. TEORIES DEL SUÏCIDI.

1.2.1.Teories sociològiques.

- Teoria sociocultural (Durkheim, 1982): Influenciat pel pensament de Quatelet i Buckle, considera que els suïcidis són el resultat de la pertorbació entre la relació entre la societat i l'individu. Distingeix quatre modalitats de suïcidi:

1) Suïcidi egoista: Hi ha un excés en la individualització de la persona, on predomina el "jo" individual per sobre del "jo" social i es produeix una desintegració de les estructures socials. El subjecte no és veu integrat en la societat i això els predisposa al suïcidi. Aquest suïcidi seria característic de les societats civilitzades.

2) Suïcidi altruista (obligatori, facultatiu i agut): El "jo" es situa fora d'un mateix i es produeix una excessiva integració amb la societat. A causa d'aquest fet es dóna poca importància a la pròpia vida i es prioritzen altres valors externs. En aquest cas, el subjecte es troba fortament vinculat amb el seu grup social. Hi ha tres variants d'aquest suïcidi. Aquest tipus de suïcidis serien característics de les societats primitives.

   a) Obligatori: Es produeix quan l'individu es troba socialment obligat a llevar-se la vida, ja que és el que s'espera d'ell.
   b) Facultatiu: En aquesta tipologia, tot i que el fet de llevar-se la vida no resulta obligatori, vist des d'un punt de vista social, si que hi ha incentius per a fer-ho, ja que és un fet socialment reconegut. "*El suicidio se encuentra así alentado con una prima social, y el rechazo de esta recompensa tiene los mismos efectos que un castigo propiamente dicho, aunque en menor grado*" (Durkheim, 1977).
   c) Agut: En aquest cas el subjecte es mata pel simple plaer que li produeix el sacrifici. És tracta d'un sacrifici místic, amb el qual la persona deixa de desitjar la seva vida terrenal i busca una recompensa en una altra vida, millor que l'actual.

3) Suïcidi anòmic: Degut a una desorientació individual vers els valors socials no es troba significat a la vida. Normalment produïda desprès d'una ruptura brusca de la manera en que una persona s'integra dins de la societat.

4) Suïcidi fatalista: Caracteritzat per una excessiva reglamentació que limita el futur d'una persona, en aquest cas, una disciplina massa estricta exerceix una opressió insuportable per a la persona.

- Teoria de la subcultura (Halbwachs, 1930): Segons aquest sociòleg francès, pertanyent a la segona generació de l'escola francesa de sociologia creada per Durkheim, la cultura s'assimila a l'estil de vida, i l'autor considera que la diferència entre l'estil de vida urbà i rural explicaria les diferències entre les

taxes de suïcidis dels dos grups. També dóna importància als significats i motius situacionals de les persones. Considera que el suïcidi es produeix cíclicament com a part normal del funcionament de la societat. Les causes del suïcidi resulten d'una combinació entre elements col·lectius i individuals. La vida social ofereix nombroses raons per les quals una persona pot acabar amb la seva vida, el buit social que es crea al voltant de l'individu seria una de les causes del suïcidi. Qualsevol suïcidi pot ser vist des de dos punts de vista, com un trastorn nerviós que obeiria a causes orgàniques o bé com un trencament de l'equilibri col·lectiu, que resultaria de causes socials.

- Teoria del canvi d'estatus (Durkheim, 1977 i Sainsbury, 1955): Considera que un canvi sobtat en la posició social d'un individu pot induir al suïcidi. Gibbs i Portefield (1960) van determinar que aquest canvi d'estatus podia causar frustració i manca de llaços socials a llarg termini, induint al suïcidi.
- Teoria de la integració del estatus (Gibbs i Martín, 1958): En sintonia amb les tesis de Durkheim defensa que les baixes taxes de suïcidi estan relacionades amb relacions socials estables i duradores, d'acord amb les expectatives socials i amb una major integració de l'estatus dels individus.
- Teoria de relació estatus-personalitat (Henry i Short, 1954): Aquests autors també recolzen les tesis de Durkheim sobre la influència del canvi d'estatus social en la major incidència de suïcidis. Matisen, però, que alguns subjectes reaccionen davant de la frustració amb agressivitat i aquesta reacció repercutiria en un major nombre de morts.
- Model d'aprovació del suïcidi (Agnew, 1998): Basat en les accions que predisposen a la persona ves el suïcidi. Es basa principalment en tres components: la tensió, l'aprenentatge social i el control social.

1.2.2. Teories psicoanalítiques.

- Teories relacionades amb el substrat intrapsíquic (Freud i altres, 1915): Teoria del instint de mort (Freud). En la seva obra "Dol i melancolia" Freud considera que els impulsos de suïcidi són en realitat impulsos homicides vers altres

persones, els quals es dirigeixen vers l'objecte estimat que prèviament s'ha introsprectivitzat. Litman fa referència a la hostilitat, la culpa, la ansietat i la dependència.

- Distorsió del desenvolupament (Horney, 1950): Segons Karen Horney el suïcidi es vincula a distorsions produïdes durant el desenvolupament psicològic, ja que durant el procés de socialització la cultura imperant provocaria en l'individu una neurosi que li provocaria una situació "d'angoixa bàsica". Aquesta angoixa pot provocar en el subjecte sentiments d'inseguretat, aïllament emocional, incapacitat per confiar en els altres, desequilibri emocional i aquests sentiments poden induir en darrer terme al suïcidi.
- Estats de depressió (Rado, 1951): Concep el narcisisme com a una característica fonamental de la personalitat de la persona deprimida. En aquest cas, l'autoestima es vincula a l'estima dels altres. D'aquesta forma, el subjecte deprimit depèn excessivament de l'objecte i esta particularment exposat a la frustració. Distingeix entre el depressiu neuròtic i el melancòlic en els nivell d'introspecció presents en cada cas. La introspecció és considerada per Freud com un mecanisme de defensa primitiu de les persones que permet identificar l'objecte d'una manera diferenciada de la realitat. El suïcidi melancòlic tindria connotacions psicòtiques i delirants, arribant a confondre completament la realitat amb la ficció. Per la seva banda, el depressiu neuròtic presentaria essencialment un aspecte relacional, en el qual mitjançant amenaces de suïcidi, el subjecte intentaria a la vegada seduir i agredir a l'objecte per tal de provocar la seva compassió i d'aquesta manera poder-lo recuperar. Aquest tipus d'agressivitat (amenaça de suïcidi), però, pot tenir dos conseqüències negatives. Per una banda agreujar l'estat de la depressió per un sentiment de culpabilitat inconscient del subjecte que aniria en creixement constant fins arribar a passar del nivell neuròtic al nivell melancòlic, on les amenaces de suïcidi es convertirien en intents reals. Per una altra banda, l'entorn reacciona a aquestes amenaces de suïcidi de manera contraria a l'esperada, forçant en ocasions al subjecte al suïcidi.
- Teràpia racional emotiva (Beck, 1960): Situada dins del corrent conductista, en aquest estudi del suïcidi relacionat amb la depressió. L'autor considera que

les persones creem unes percepcions concretes de la realitat que condicionen la nostra conducta. D'aquesta manera, quan una persona es troba deprimida, aquest fet afecta el processament de la informació, que es veu desestructurat. Si aquests processos d'estructuració de la informació no són reestructurats adequadament, la persona pot veure's seduïda per ideacions suïcides.

- Actituds i fantasies vers la mort (Hendin, 1965): Herbert Hendin creu que en tota persona suïcida es posen en evidencia determinades fantasies que es troben vinculades a la idea de la mort i l'acte de morir. Aquestes poden aparèixer en moments de crisi psicològica o conflictes emocionals i es troben vinculades a les fantasies inconscients del subjecte. Hendin exposa 6 tipus fonamentals de mort que es vincularien amb la ideació suïcida del subjecte:

  1) La mort com abandonament punitiu: morir implica poder castigar a una altre persona per un mal comportament.
  2) La mort com a reunió: possibilitat de tornar a reunir-te en el més enllà amb una persona estimada que s'ha perdut.
  3) La mort com un homicidi a la inversa: Considerada per Freud com la concepció bàsica de tot suïcidi, el qual respondria a un desig ocult i reprimit de matar una altra persona, objecte del seu amor.
  4) La mort com a renaixement: Necessitat de tornar a néixer per canviar coses que ja no es poden arreglar.
  5) La mort com a auto-càstig: Lligada a les pressions culturals i religioses. Suposa una expiació de les pròpies culpes.
  6) El subjecte es veu a si mateix com ja mort: La persona es veu a si mateixa morta emocionalment parlant.

- Vidal i Alarcón (1986): Van estudiar les concepcions més comuns de mort entre persones suïcides i van trobar 9 concepcions de mort específiques:

  1) Desig d'escapar, de dormir, per evadir-se del conflicte.
  2) Desig de venjança, de control hostil i poder sobre l'objecte.
  3) Desig de càstig. Expiació de la pròpia culpa.
  4) Desig apassionat de reunió eròtica amb un objecte estimat.
  5) Desig de commoure altres persones, de influir en els seus sentiments.
  6) Desig de renàixer, de començar de nou una vida fracassada.
  7) Desig d'alliberació, de pau i nirvana.
  8) Desig de rehabilitació de l'honor, el prestigi i la glòria.
  9) Desig d'aniquilació, de desintegració del propi jo.

Es considera que depenent de la concepció de la pròpia mort per part de l'individu, aquesta concepció influirà en la possibilitat que aquesta persona realitzi conductes suïcides. És a dir, esdevé un indicador de risc de conducta suïcida.

- Teoria de Rotter (Rotter, 1966): Aquesta teoria, nascuda d'una fusió entre la teoria de l'aprenentatge i d'altres pertanyents a la psicologia cognitiva i del reforç social, seria una de les primeres teories que postularia sobre el procés psicològic davant del medi social. L'individu necessita constantment reforços per poder valorar la seva vàlua personal i les situacions a les que s'afronta. Mentre el subjecte rebi aquests reforços, l'individu es veurà motivat internament. En cas contrari, els mecanismes psicològics de l'individu es poden veure afectats i pot optar pel suïcidi davant de la manca de projecció social, en no poder complir les expectatives desitjades que li proporcionarien el reforç vital necessari.
- Teoria de la indefensió apresa en humans (Seligman, 1980): El subjecte pot percebre dos tipologies d'indefensió: la universal i la personal. La primera faria referència a fets que no poden ser controlats per ningú, ja que són aliens a les persones. En la indefensió personal, en canvi, el subjecte creu que és ell solament el qui no disposa de les capacitats necessàries per a poder controlar la situació. Això pot afectar seriosament la seva autoestima i motivació. Si aquesta situació es va repetint en el temps, davant la sensació d'incapacitat de controlar la situació, la persona pot caure en un estat depressiu, que l'afectarà social i emocionalment.
- Teoria de la concepció personal (Kelly, 1969): Aquest autor, pertanyent al corrent de la psicologia constructivista, basa la seva teoria en l'existència d'uns determinats mecanismes de processament de la informació dels quals disposen les persones, de manera que aquests es poden adaptar al seu entorn de manera diferenciada, en funció de les seves capacitats cognitives. És a dir, que cada persona veu la seva realitat a la seva manera. Els pensaments que cadascú té no venen donats de manera fixa, sinó que són creats per un mateix. Això fa que un fet com el suïcidi tingui una significació diferents per a individus diferents. Segons aquesta concepció, qualsevol succés vital tindrà un sentit per cada persona en funció del sentit que aquesta

li doni, la qual cosa pot induir al suïcidi, com una manera d'acabar amb una situació d'incoherència existencial del subjecte.

- Postulat de Shneidman (Sneidman, 1982): Vist des de la perspectiva fenomenològica, es veu el suïcidi com el final d'una situació de dolor psicològic. La conducta suïcida estaria composta per quatre components principals: l'hostilitat, la pertorbació, la constricció i el cessament. L'hostilitat seria l'estat previ al suïcidi, caracteritzat per una tendència autodestructiva del subjecte. Aquesta tendència hauria estat causada per una pertorbació causada per un estat emocional negatiu. Mitjançant la constricció es desestructuraria la interpretació de la realitat. El subjecte patiria dolor psicològic causat per la vergonya, la soledat, la còlera, la desesperança, la humiliació, l'aflicció,... esdevenint el suïcidi com un mitjà idoni per a cessar la situació.
- Teoria de Menninger (1972): Segons Karl Menninger el suïcidi té tres components: el desig de matar (agressivitat primària), el desig de ser matat (sentiment de culpa i necessitat de càstig) i el desig de morir (voler descansar i fugir dels conflictes).

1.2.3.Teories biològic-genètiques.

Aquestes teories intenten determinar si l'herència o la malaltia mental juguen un paper rellevant en la conducta.

- Estudis amb bessons (monozigòtics i heterozigòtics): Aquests estudis buscaven coincidències entre diferents tipus de bessons per tal de poder estudiar la influència de l'herència en la conducta suïcida, donant els primers estudis resultats contradictoris. Alguns autors (Rodríguez i altres, 1990) consideren que no és el suïcidi en si el que es transmet, sinó la predisposició a la depressió. Estudis més actuals (Jiménez Treviño i altres, 2011) parlen d'una influència de l'herència en la conducta del voltant d'un 55%.
- Teories de la predisposició genètica: Gairebé la meitat dels pacients que tenen un familiar que s'ha suïcidat intenten suïcidar-se en alguna ocasió (Roy, 1983). Al respecte es postulen factors psicològics i genètics per intentar explicar el

fenomen. L'herència de la conducta podria venir de la transmissió de l'enfermetat psiquiàtrica de base o bé d'una transmissió intergeneracional del comportament suïcida.

- Teories neurobioquímiques: Basades en el processament de la serotonina. La serotonina és un neurotransmissor que es relaciona amb la depressió, la qual coincideix amb nivells baixos d'aquesta substància. S'ha pogut constatar el dèficit d'aquest neurotransmissor en gran nombre d'autòpsies, en el mesurament de l'àcid 5-hidroxiindolacètic en el líquid cefaloraquídic, en estudis plaquetaris o bé en proves endocrines. La disminució del 5-HIIA en el líquid cefaloraquídic es relaciona amb un baix autocontrol d'impulsos i amb la violència de l'acte suïcida (Asberg, 1990). Ara bé, la relació causal entre aquesta substància i la depressió no està clarificada, ja que existeix el dubte de si nivells baixos de serotonina contribueixen a la depressió, o bé, pel contrari, la depressió provoca una disminució en els nivells de serotonina. Per una altra banda, no totes les persones que pateixen depressió acaben suïcidant-se.

Una altra línia d'investigació es basa en l'estudi de l'eix de l'hipotàlem-hipofisiari-suprarenal. Altres investigacions estudien les àrees centrals encarregades de regular els estats psíquics, com el hipocamp i el còrtex prefrontal. Les lesions del prefrontal cortical poden provocar alteracions relacionades amb el comportament suïcida, com una major impulsivitat i una desinhibició conductual (Gutierrez i altres, 2007).

També, segons el psiquiatra Achille-Delmas (1932), les persones suïcides es dividirien en dos grups: els ciclotímics i els hiperemotius. El primer grup estaria compost per persones amb tendències depressives i el segon grup per persones que respondrien de manera imprevisible davant les dificultats. Per una altra banda,

Actualment es treballa, encara sense conclusions, en la relació entre els nivells sèrics de colesterol i les conductes suïcides.

1.3. MODELS EXPLICATIUS ACTUALS.

Es tracta de models multi-dimensionals que intenten substituir a les teories clàssiques, integrant diversos aspectes de les mateixes. D'aquesta manera intenten donar explicacions satisfactòries a un fenomen que té una complexitat molt elevada. Els principals models són:

- El model arquitectònic (Mack, 1986): Aquest model està basat en l'estudi consumat en subjectes joves. Consta de diferents elements. El primer d'aquests és el macrocosmos, que fa referència a la influència que exerceix en l'individu la cultura, l'activitat econòmica, els factors sociopolítics i el sistema educatiu. El segon element fa referència a la vulnerabilitat biològica i factors genètics. El tercer són les vivències experimentades en els primers anys de vida de l'individu, que tenen una influència en el seu desenvolupament posterior. El quart element es refereix a la organització de la personalitat i autoestima. El cinquè element destaca les relacions de l'individu amb els seus pares, altres adults o els amics. Un altre element important és la psicopatologia (depressió, alcoholisme..). Un altre factor és la ontogènia, o la relació entre el desenvolupament i la mort. Per últim, cal tenir en compte les circumstàncies vitals de l'individu, factors precipitants, factors biològics i factors sociofamiliars.
- El model de trajectòries de desenvolupament del suïcidi (Silverman i Felner, 1995): Es un model equivalent al de la història evolutiva del trastorn. Existeix una sèrie de processos que condueixen al suïcidi i que es van esdevenint durant un període de temps determinat. Determinats desenvolupaments primerencs en els individus podrien conduir a que aquest subjecte adquireixi certa vulnerabilitat enfront el suïcidi. D'aquesta manera, en cada etapa vital poden donar-se diferents factors de risc i vulnerabilitats específiques. La prevenció, segons aquesta perspectiva, aniria encaminada a modificar els processos que condueixen a determinat trastorn o a intervenir sobre determinades vulnerabilitats mitjançant programes preventius específics.
- El model basat en l'estat de la ment (Bonner i Rich, 1988): Aquest model considera el suïcidi com un procés dinàmic i circular, en el qual els subjectes

poden entrar i sortir. Agrupa les variants que el composen en dos grups, un referent al context general (entorn social, competivitat, consideració social del suïcidi i dels mitjans de comunicació) i l'altre referent a l'estat mental del suïcida, fent referència a les característiques psicològiques que acompanyen al suïcida (depressió, soledat, manca de raons per viure, desesperació ...). El primer grup, a la vegada, inclouria dos subgrups: el context social immediat del subjecte(successos vitals estressants, recolzament social,..) i aspectes individuals del subjecte (factors cognoscitius, evolutius i de personalitat).

- El model cúbic (Shneidman, 1992): Aquest model postula sobre quatre constructes psicològics que es relacionen amb els comportaments suïcides; la hostilitat, la pertorbació, la constricció i el cessament. El primer d'aquests constructes fa referència a l'hostilitat vers un mateix, la qual en els moments previs al suïcidi, augmenta. El segon constructe, la pertorbació, fa referència a estats emocionals negatius i com influeixen aquests en el comportament de l'individu. El tercer constructe, la constricció, aglutina diferents característiques cognitives, com la impossibilitat de la persona de percebre tots els aspectes d'una situació, sinó solament els més negatius i el pensament de tipus dicotòmic. Si en una persona conflueix una elevada hostilitat vers un mateix i una elevada constricció i pertorbació, llavors la potencialitat del suïcidi és molt elevada. En aquest context, la ideació suïcida es pot presentar com una possible solució al problema, la qual cosa constitueix l'últim constructe, l'anomenat del cessament.
- El model de superposició (Blumenthal, 1988): Aquest model preveu diversos factors de risc, els quals s'agrupen en 5 àrees: els trastorns psiquiàtrics, els trets i trastorns de personalitat, els factors psicosocials i ambientals, les variables genètiques i familiars, i per últim, els factors biològics. Cadascuna d'aquestes àrees es correspon amb una esfera d'influència o vulnerabilitat. El fet de poder intervenir sobre aquestes esferes de vulnerabilitat atorga a aquest model d'un cert caràcter preventiu.

1.4. MÈTODES UTILITZATS EN EL SUÏCIDI.

Moltes de les persones que tenen comportaments suïcides mostren ambivalència en el fet de voler morir. En determinades ocasions, els actes suïcides poden ésser una resposta impulsiva a fets psicosocials estressants aguts. En aquests casos, el fet de poder restringir l'accés als mitjans susceptibles d'ésser utilitzats per a suïcidar-se pot oferir a la persona l'oportunitat de reflexionar sobre el que pretén fer i hi ha la possibilitat de que la crisi passi sense conseqüències irreversibles. Però, per tal de poder formular polítiques preventives adequades (restricció d'armes de foc, medicaments, plaguicides, barreres en determinades infraestructures o edificis..) és necessari tenir un coneixement exhaustiu del principals mètodes que utilitzats per a suïcidar-se dels diferents grups demogràfics socials. Per desgràcia, tot i que el CIE-10 inclogui en el seu sistema de classificació les causes externes de mort (codis X) inclòs el suïcidi, la realitat és que molts pocs països recopilen aquesta informació. A tall d'exemple, entre el 2005 i el 2011, només 76 dels 194 Estats membres de la OMS van notificar a aquesta, dades sobre els mètodes utilitzats per a suïcidar-se (OMS, 2014).

Degut a aquesta manca de dades, els investigadors han de dependre de les dades publicades en la biografia per tal de poder avaluar les característiques dels mètodes utilitzats per a suïcidar-se. Segons aquestes dades, un dels principals mitjans utilitzats, en països amb un nivell d'ingressos mitjà-baix, és la intoxicació per plaguicides, especialment en aquelles zones rurals on predomina l'agricultura (Chen, Wu, Yip, 2012).

Respecte als pesticides es produeix una ambivalència, ja que per una banda és el mitjà utilitzat per a suïcidar-se per part de centenars de milers de persones al món, i per una altra banda hi ha estudis (Alavanja, Beard, Blair, Hoppin, Richards, Sandler, Kamel, Umbach, 2014) que relacionen les exposicions a aquests pesticides amb un major risc de suïcidi. Especialment els pesticides compostos per fosfor d'alumini, dibromur d'etilè, l'herbicida 2,4,5-T i insecticides com el dieldrin, el diazinon, el malation i el parations s'associen amb problemes de depressió, la qual estaria vinculada al suïcidi. Segons dades recollides per l'Institut Nacional de Ciències de la Salut Ambiental dels EEUU, els agricultors i

altres usuaris d'aquests productes tindrien més risc de patir depressió (en alguns pesticides concrets l'increment del risc seria del 90%).

Hi ha investigacions que indiquen que el principal mètode de suïcidi utilitzat en una comunitat pot estar determinat pel ambient contextual i veure's modificat en el temps, difonent-se entre diferents comunitats. Així, en àrees com Hong Kong o Singapur, on molta gent viu en altes torres, és habitual suïcidar-se per precipitació. En 1998, en Hong Kong, va produir-se un epidèmia de suïcidis mitjançant l'ús de carbó vegetal de barbacoa i aquesta epidèmia es va estendre a Taiwan, on va constituir durant prop de 8 anys en el mitjà de suïcidi més utilitzat (Chang, Chen, Hagihara, Lee,Yip, 2014).

Altres mitjans més recentment popularitzats, consisteixen en barrejar diferents productes químics per produir gas de sulfur d'hidrogen o utilitzar heli (font: OMS). Per desgràcia, molts d'aquests nous mitjans de suïcidi no podran ser correctament identificats, a no ser que es modifiquin els codis de mort de causa externa que figuren en el CIE-10.

En països amb un fàcil accés a les armes de foc, com alguns estats de EEUU, aquestes esdevenen un estri àmpliament utilitzat per a consumar els suïcidis.

Nombrosos estudis (Fong, Fu, Yip, Niederkrotenthaler, Stack,Cheng, 2012); (Sisask, Värnik, 2012); (Daine, Hawton, Singaravelu, Stewart, Simkin, Montgomery, 2013); (Hadlaczky, Wasserman, Westerlund, 2012); han demostrat, també que, una publicitat inadequada dels suïcidis, la qual faci exaltació dels mateixos, els mostri com a conductes adequades de resolució de problemes, aprofundeixi en els realitzats per celebritats o ofereixi informació innecessària sobre dades del mateix, pot influir sobre col·lectius de risc, induint-los a emular la conducta.

1.5. FACTORS DE SUÏCIDI.

1.5.1. Factors de risc.

Hi ha diversos factors de risc que actuen acumulativament, incrementant el risc de desenvolupar una conducta suïcida. L'estimació del risc suïcida es realitza

mitjançant el judici clínic d'un professional, el qual valora els factors concurrents en un moment determinat de la vida del subjecte (APA, 2003).

Aquests factors es poden classificar en modificables i immodificables. Els primers es relacionen amb factors socials, psicològics i psicopatològics. La seva modificació es podria efectuar de manera clínica o amb polítiques socials. Els factors immodificables van associats a les característiques del propi subjecte i al seu grup social de pertinença. Aquests són constants en el temps.

a) Factors de risc individuals:

- ✓ Trastorns mentals: Aquest tipus de trastorns són relativament freqüents, tot i que la majoria de persones que els pateixen no mostraran conductes suïcides, les persones amb tendències suïcides poden mostrar una important comorbiditat psicològica. El risc de suïcidi varia depenent del tipus de trastorn patit, associant-se més freqüentment amb la depressió i el consum d'alcohol. En els països amb ingressos econòmics alts, fins al 90% de les persones que es suïciden tenen trastorns mentals i el 10% restant, sense un diagnòstic clar, presenten símptomes psiquiàtrics similars als de les persones que es suïciden (Cavanagh, Carson, Sharpe, Lawrie, 2003).
- ✓ Depressió: És un trastorn de l'estat de l'ànim caracteritzat per sentiments d'abatiment, infelicitat i culpabilitat, que pot provocar incapacitat per realitzar activitats o gaudir. Es tracta del trastorn mental més freqüentment associat amb la conducta suïcida. Una persona amb aquest trastorn té un risc de suïcidi 20 vegades superior respecte la població general (Beautrais, Collings, 2005).
- ✓ T. Bipolar: Les persones que pateixen aquest trastorn experimenten canvis en l'estat d'ànim poc comuns. Als estats eufòrics se'ls denomina "manies" i als de tristesa "depressió. Es calcula que entre un 25-50% dels pacients que pateixen aquest trastorn realitzen alguna temptativa de suïcidi (López, González-Pinto, Mosquera, Aldama, González, Fernández de Corres, 2007).
- ✓ T. Psicòtics: Són trastorns mentals greus que causen idees i percepcions anormals que impliquen una pèrdua de contacte amb la realitat. Els seus

principals símptomes són els deliris i les al·lucinacions. Un tipus de trastorn és la esquizofrènia, la qual presenta un risc de suïcidi entre 30 i 40 vegades superior que per a la població general. Es calcula que entre un 25-50% de les persones que la pateixen intentaran suïcidar-se en alguna ocasió (Beautrais, Collings, Ehrhardt, 2005).

- ✓ T. Abús alcohol/substàncies: El consum d'alcohol augmenta el risc de suïcidi en tots els tipus de trastorns (Beautrais, Joyce, Mulder, Fergusson, Deavoll, Nightingale, 2006). La dependència d'altres substàncies també es considerat un factor de risc.
- ✓ T. Ansietat: Aquest tipus de trastorn abasta diversos aspectes que el subjecte experimenta, com la tensió física, l'aprensió mental, els símptomes físics i l'ansietat dissociativa. Es caracteritza per un estat de por i ansietat anormal i patològica. Es relaciona amb el comportament suïcida commòrbidament amb altres factors de risc, com la depressió, els trastorns de la personalitat o l'abús de substàncies (Beautrais, Joyce, Mulder, Fergusson, Deavoll, Nightingale, 2006).
- ✓ T. Conducta alimentària: Trastorns d'origen multifactorial que es caracteritzen per un comportament patològic davant el menjar i una obsessió pel control del pes corporal. Es relaciona especialment amb el comportament suïcida l'anorèxia nerviosa durant l'adolescència tardana (Beautrais, Collings, Ehrhardt, 2005).
- ✓ T. Personalitat, impulsivitat, agressió: Són un conjunt de pertorbacions que es donen en les dimensions afectives, emocionals, motivacionals i de relació social, les quals impliquen diverses àrees de la personalitat de l'individu. Acostumen a ser egosintònics, és a dir, que són considerats com a correctes i adequats pel propi individu, la qual cosa fa que siguin difícils de tractar. Actuen commòrbidament amb altres factors i els que es troben més relacionats amb el suïcidi són el trastorn de personalitat antisocial i el trastorn límit de personalitat (Beautrais, Collings, Ehrhardt, 2005).
- ✓ Factors psicològics: El sentiment de desesperació, com a aspecte cognitiu del funcionament psíquic s'ha utilitzat com a un indicador del risc de suïcidi quan

es troba associat a trastorns mentals o temptatives de suïcidi prèvies (O'Connor, Nock, 2014). La desesperació es relaciona amb els sentiments de la persona sobre el seu futur, amb pèrdua de la motivació i d'expectatives vitals. La desesperació sovint va acompanyada de depressió (Beck, Brown, Berchick, Stewart, Stee, 1990).

- ✓ Temptatives prèvies de suïcidi: És l'indicador més fiable de risc de suïcidi (Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, 2008). Fins i tot després d'haver transcorregut un any des de la temptativa, el risc es manté (Beautrais, 2003). Durant el primer any desprès de la temptativa el risc augmenta entre 20 i 30 vegades (OMS, 2002).
- ✓ Edat: Els moments de més risc al llarg de la vida són l'adolescència i l'edat avançada (Fliege, Lee, Grimm, Klapp, 2009). Abans de la pubertat, tant el suïcidi com les temptatives, són excepcionals, ja que la persona encara no té maduresa cognitiva. Els ancians presenten taxes de suïcidi tres vegades superiors ja que, entre altres factors, utilitzen mitjans més letals (OMS, 2002).
- ✓ Sexe: Excepte en un nombre petit de països, els homes presenten una major taxa de suïcidi que les dones, també utilitzen mètodes més letals (Sakinofsky, 2007).
- ✓ Factors genètics i biològics: Determinades alteracions genètiques o del desenvolupament de diversos sistemes neurobiològics es troben associades amb la realització de comportaments suïcides. Per exemple, els nivells baixos de serotonina es troben associats amb temptatives de suïcidi en pacients que pateixen trastorns amb alteracions de l'estat d'ànim, esquizofrènia o trastorns de la personalitat (Mann, Currier, 2010). Els baixos nivells de serotonina també es relacionen amb un escàs nivell de control d'impulsos. Per una altra banda hi ha dos marcadors genètics que s'associen amb la ideació suïcida, en els gens GRIA3 i GRIK2 (Laje, PaddocK, Manji, HRush, Wilson, Charney, et al. , 2007).
- ✓ Malaltia física o discapacitat: Tant el dolor crònic causat per malalties com les discapacitats son factors de risc importants en el comportament suïcida. Entre aquelles persones que pateixen dolors crònics es registren entre el doble i el

triple de comportaments suïcides que en la població general (Crane, Tang, 2006). Les malalties que van acompanyades de dolor, discapacitat, deficiències en el sistema nerviós i sentiments d'angoixa, augmenten el risc de suïcidi, com per exemple el VIH (SIDA), el càncer o la diabetis (Stenager, 2009).

b) Factors de risc sociofamiliars:

- ✓ Historial familiar de suïcidi: El suïcidi d'un familiar pot exercir una influència pertorbadora, provocant aflicció, estrès, sentiment de culpa, vergonya, ansietat, ira i sentiments d'angoixa. Les dinàmiques familiars poden variar i pot resultar complicat buscar recolzament per l'estigma social que porta aparellada la consulta. Els familiars d'una persona suïcidada presenten un major risc de suïcidi i trastorn mental (Qin, Agerbo, Mortensen, 2002).
- ✓ Situacions vitals estressants: Determinades situacions de pèrdua personal, econòmiques, conflictes interpersonals o problemes legals poden actuar com a factors precipitants quan actuen conjuntament amb altres factors de risc.
- ✓ Recolzament familiar: Hi ha certa associació estadística entre no tenir parella i la conducta suïcida, essent més freqüent entre persones divorciades o solteres que tenen mancança de recolzament social (Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, 2008).
- ✓ Nivell socioeconòmic, situació laboral i nivell educatiu: La pèrdua d'un lloc de treball, la inestabilitat econòmica o l'execució d'una hipoteca, entre altres, augmenten el risc de suïcidi per comorbiditat amb altres factors de risc, com la depressió, l'ansietat o el consum d'alcohol (Chang, Stuckler, Yip, Gunnell, 2008).
- ✓ Ètnia: Tot i que no hi ha estudis concloents sobre la influència de la raça i l'ètnia en el suïcidi, s'ha pogut constatar que les poblacions emigrants primerament presenten les taxes de suïcidi del país de procedència, adoptant els valors del país de residència amb el pas del temps (Sakinofsky, 2007).

- ✓ Religió: Certes religions, les seves creences i valors morals, poden produir un efecte estigmatitzant en l'individu, la qual cosa actuí com a factor de risc de suïcidi. Fins i tot, hi ha determinades religions que promouen el suïcidi de determinats col·lectius, com les esposes que han perdut als seus marits, en determinades zones d'Àsia (Rezaeian, 2013).
- ✓ Exposició o efecte contagi: L'exposició a determinats casos de suïcidi, sobretot quan no es fa una difusió acurada i responsable per part dels mitjans de comunicació del contingut dels mateixos, s'ha associat amb les conductes suïcides, especialment entre les persones joves (Hawton, Heeringen, 2009).

c) Altres factors de risc:

- ✓ Historial de maltractament físic o abús sexual: Els abusos sexuals i físics patits durant la infància es relacionen amb la conducta suïcida. També s'ha establert relació entre la violència de gènere (Golding, 1999).
- ✓ Orientació sexual: Sense resultats clars, es pot establir un major risc de suïcidi entre persones homosexuals, sobretot durant l'adolescència, degut als problemes d'estigmatització social, manca de recolzament, abús de substàncies i depressió que es vinculen a aquests col·lectius.
- ✓ Assetjament pel grup d'iguals (adolescents): S'associa amb elevats nivells d'estrès i conductes suïcides (Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry, Grunbaum, et al, 2000).
- ✓ Fàcil accés a armes/medicaments/substàncies tòxiques: El fet de tenir un fàcil accés als mitjans necessaris per posar fi a la pròpia existència pot facilitar el pas de la ideació a la pràctica.
- ✓ Altres factors: Determinats successos vitals estressants, combinats amb factors de risc ja preexistents poden propiciar que es realitzi efectivament una conducta suïcida que fins al moment sols havia estat, com a molt, una idea.

1.5.2. Factors protectors.

En oposició als factors de risc, hi ha determinats factors que poden protegir a les persones del risc de suïcidi. Alguns d'aquests factors poden contrarestar factors de risc específics, mentre que alguns altres protegiran d'altres factors considerats de risc. Per exemple, la capacitat de recuperar-se a les adversitats (resiliència) té un efecte preventiu sobre el risc de suïcidi, ja que en les persones que tenen aquesta capacitat disminueix l'associació entre risc de suïcidi i el comportament suïcida (Johnson, Wood, Gooding, Taylor, 2011).

- Sòlides relacions personals: Quan una persona pateix pèrdues o té conflictes relacionals augmenta el risc d'efectuar comportaments de caire suïcida. Per una altra banda, si aquesta persona té un cercle proper de relacions afectives que li ofereixi suport, aquest fet actuarà com a factor protector davant les adversitats, oferint-li suport emocional, social i fins i tot econòmic, si fa falta. Això contribuirà a mitigar les fonts estressants externes. Aquest suport és especialment important en col·lectius especialment vulnerables, com són la gent gran i els adolescents, ja que presenten un elevat nivell de dependència. Hi ha estudis que apunten que el recolzament que reben les persones que han patit situacions traumàtiques durant la seva infància, ajuda a que puguin reduir les possibilitats de realitzar conductes suïcides (Sarchiapone, Mandelli, Iosue, Andrisano, Roy, 2011)
- Creences religioses o espirituals: Ens trobem, en aquest cas, davant d'un factor ambivalent, que tant pot actuar com a factor de risc com de protecció, en funció de les interpretacions culturals i contextuals específiques. Pot esdevenir un factor de protecció en proporcionar al subjecte un sistema estructurat de creences i promoure un comportament que es pot considerar beneficiós (Van Praag, 2009). També en proporcionar el suport d'una comunitat cohesionada i amb valors compartits. Tampoc cal obviar que determinades religions prohibeixen comportaments de risc, com el consum d'alcohol, o que condemnen l'ànima immortal en el cas que la persona es suïcidi.

- Estratègies positives per afrontar la vida: Hi ha determinades característiques de la personalitat dels individus que els permeten recuperar-se més ràpidament de l'estrès i dels traumes. Tenir una actitud optimista davant la vida, estabilitat emocional, una personalitat ben desenvolupada, autoestima, competències personals i socials, capacitat per resoldre problemes, saber buscar recolzament...poden actuar com factors de protecció davant el suïcidi (Luthar, 2003). També el fet de portar una vida sana i saludable, fer exercici físic (Davidson, Babson, Bonn Miller, Souter, Vannoy. 2013), alimentar-se adequadament, dormir les hores necessàries i reduir el consum d'alcohol o altres substàncies contribueix a aquesta finalitat (Sarchiapone, Mandelli, Carli, Iosue, Wasserman, Hadlaczky et al. 2014).

2. JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS DE LA RECERCA.

2.1. JUSTIFICACIÓ.

El suïcidi és la primera causa de mort externa a l'Estat Espanyol (amb una taxa de12,9 morts por cada 100.000 habitants) seguida dels accidents de trànsit i les caigudes accidentals (amb una taxa de 6,3 les dues) (Institut Nacional Estadística, INE 2015). Cal tenir present que les seves conseqüències són gravíssimes i irreversibles, tant per la pròpia víctima com per als familiars. El fet suposa una enorme càrrega econòmica, social i psicològica per a les persones, les famílies, les comunitats i els països. L'objectiu és detectar possibles factors de risc presents en la conducta que ajudin a comprendre la mateixa, com a pas rellevant per desenvolupar polítiques de prevenció eficaces.

Dades estadístiques. Cada any moren al món per suïcidi més de 800.000 persones, l'equivalent a una cada 40 segons (OMS, 2014) molts més ho intenten. Especialment preocupant és el fet que, entre els joves d'entre 15 i 29 anys d'edat, el suïcidi és la segona causa de mort a nivell mundial.

A Espanya, el suïcidi és la principal causa de mort no natural per a homes. Abans de l'any 2013 era difícil determinar correctament la xifra de suïcidis, degut a errors procedimentals que s'han intentat superar. Aquests errors es trobaven vinculats en la manera de recollir el nombre de fets, la qual cosa feia que no tots

els suïcidis es comptabilitzin. En última instància, qui determina la mort per suïcidi és el metge forense desprès de l'estudi del cas. L'any 2013 van morir per suïcidi 3.870 persones (2.911 homes i 959 dones). Aquesta xifra no és pot comparar amb la dels anys anteriors degut a la millora metodològica introduïda. Si ho comparem amb l'any 2014, on van morir per aquesta causa 3.910 persones a tot l'Estat, podrem veure que la xifra és constant, amb certa tendència a augmentar (font: dades del INE 2013 i 2014).

Si ho comparem amb els morts per accident de trànsit, veurem que l'any 2013 van morir 1.807 persones i l'any 2014 un total de1.873 persones (INE, 2014). En totes dues ocasions, el nombre de suïcidis és més del doble del nombre de morts per accident de trànsit. Tot i això, aquest tipus de mort no té el protagonisme mediàtic ni institucional que si que presenta l'accidentalitat viària.

2.2. OBJECTIUS.

I. Objectiu principal: Analitzar les característiques epidemiològiques de les morts per suïcidi succeïdes en l'àmbit geogràfic de Catalunya durant l'any 2015.

II. Objectius secundaris:

   a. Delimitar la recerca als possibles factors de risc presents en la conducta que ajudin a comprendre la mateixa, com a pas rellevant per desenvolupar polítiques de prevenció eficaces.

   b. Fer una categorització de les dades obtingudes i definir alguns dels factors de risc presents en aquestes conductes.

3. MATERIAL I MÉTODE.

3.1. DISSENY METODOLÒGIC.

a) <u>Tipus d'investigació.</u>

És tracta d'un estudi descriptiu retrospectiu dels casos de suïcidi succeïts a l'àmbit territorial de Catalunya durant l'any 2015.

b) Mètode de recerca.

Aquest treball s'ha realitzat mitjançant dos fases: inicialment una revisió, lectura i anàlisi dels articles científics rellevants sobre la matèria així com d'obres bibliogràfiques i posteriorment una recerca, consulta i anàlisi de les dades referents al suïcidi en el nostre territori durant el període de temps d'un any.

La recerca i consulta de les dades del suïcidi en Catalunya durant 2015 s'ha realitzat prèvia sol·licitud de les dades estadístiques al Cos de Mossos d'Esquadra. Paral·lelament, s'ha realitzat un treball d'investigació sobre tots els casos que han siguts gestionats pel CME a partir de la seva comunicació, això s'ha efectuat mitjançant el programa Fènix de les Sales de Comandament.

c) Obtenció de les dades.

Es revisen els casos de mort recollits en la base de dades de MMEE i, que, inicialment, es van catalogar com a mort suïcida.

De cada cas es recullen una sèrie de variables:

- data dels fets;
- el lloc;
- el sexe de la víctima;
- l'edat;
- la presència de temptatives de suïcidi prèvies;
- la presència d'algun tipus de patologia física o psíquica;
- el mètode utilitzat;
- la tipologia del lloc on s'ha realitzat el fet;
- existència o no d'avís previ.

d) Anàlisi, interpretació i aportacions referents a la informació exposada.

Aquestes dades han estat extretes de fonts policials i registrades en un document Excel. Posteriorment, mitjançant el programa informàtic del propi Excel s'ha efectuat una explotació estadística de les dades, la qual s'adjunta al present treball, juntament amb una descripció de les dades recollides.

4. RESULTATS I DISCUSIÓ.

El número de casos de morts per suïcidi recollits en el present treball ha estat de 532 casos. L'any 2015 la població a Catalunya era, a dia 1 de gener, de 7.424.754 habitants (Institut d'estadística oficial de Catalunya, 2015). Això equival a una taxa de 7'16 per 100.000 habitants. La taxa de suïcidis a Espanya l'any 2015, amb una població total de 46.449.565 habitants (INE, 2015), va ser de 7'75. Com es pot veure, la taxa de suïcidis en Catalunya és una mica més baixa que a la resta de l'Estat Espanyol.

Per una altra banda, com ja s'ha dit anteriorment, el nombre de suïcidis registrats en el present treball ha estat de 532 casos, els quals han estat extrets dels serveis gestionats per MMEE mitjançant el sistema informàtic de les Sales de Comandament. Si consultem les dades de l'anuari estadístic de Catalunya, ens trobem que consten 495 suïcidis a Catalunya durant l'any 2015 (IDESCAT, 2015). Les dades facilitades pel cos de MMEE ha sigut de 505 casos. En total, doncs, hi ha una diferència de 37 casos respecte les dades de l'IDESCAT i una diferència de 27 casos respecte les dades facilitades per MMEE. Aquestes dades representen una variació del 7,32 % i del 4,55 %, respectivament.

Aquest fet ens porta a la discussió sobre la validesa de les dades quan es parla d'aquest fenomen. Evidentment, les morts per suïcidi no són sempre identificables, és a dir, no s'identifiquen tots els suïcidis, ara bé, aquells que són correctament detectats ho són sense cap mena de dubte. En última instància, el suïcidi es tracta d'un diagnòstic medicolegal efectuat pels metges forenses, mitjançant l'autòpsia judicial i amb un centre referència per a efectuar les proves complementàries, el Institut Nacional de Toxicologia i Ciències Forenses. Aquests metges pertanyen a un cos nacional de funcionaris, el Cos Nacional de Metges Forenses. Aquest fet té l'avantatge de que es tracta de personal suficientment capacitat i amb homogeneïtzació de criteris (Castilla J, Ramos V, 2004).

En un fenomen com el suïcidi, que constitueix la principal causa de mort no natural en Espanya, per davant dels accidents de trànsit (INE, 2013) és de vital importància poder mesurar adequadament la magnitud real del problema, com a

primer pas per a poder establir les polítiques preventives adequades. De les dades aconseguides podem extra-polaritzar que es produeix una infraestimació generalitzada de casos. El motiu de la divergència de dades podria ser que no s'hagi pogut determinar adequadament la etiologia de la mort a l'espera de proves complementàries, la pèrdua d'informació a través dels diversos actors que actuen en cada cas, criteris de definició del suïcidi no suficientment clars i coneguts per tothom, errors humans en la introducció manual de les dades en els aplicatius informàtics, la difícil determinació de la intencionalitat final de la víctima o fins i tot, determinades actituds vers el suïcidi, ja siguin culturals, religioses o econòmiques, ja que, en casos en els quals es dubti sobre l'etiologia de la mort es pot optar per la causa accidental, menys lesiva psicològicament, socialment i econòmicament (per la cobertura de les assegurances de vida) (Giner L, Guija J, 2014).

Es pot concloure que el sistema de recollida de dades no és lo suficientment eficaç ni fiable i que resulta important poder establir un sistema adequat i homogeneïtzat en la recollida de les dades, que permeti valorar la magnitud real del fenomen. El Institut Nacional d'Estadística recull les seves dades mitjançant els butlletins estadístics de defunció (BED) que li facilita el Registre Civil. Aquests butlletins incorporen un apartat en el que es fa constar la causa de la defunció, i en els casos de les morts amb intervenció judicial s'incorpora un document addicional (MNP-52) el qual acostuma a ser elaborat per un funcionari judicial d'acord amb el seu coneixement de les diligències. En l'elaboració d'aquests documents s'han pogut apreciar limitacions en quantitat i deficiències en exactitud (Aran et al, 1996). Autors com Giner i Guija (Giner L, Guija J, 2014) consideren que la persona més idònia per aportar totes les dades referents al fet és el metge forense encarregat de realitzar l'autòpsia, ja que es tracta de la persona que disposa de més informació del cas.

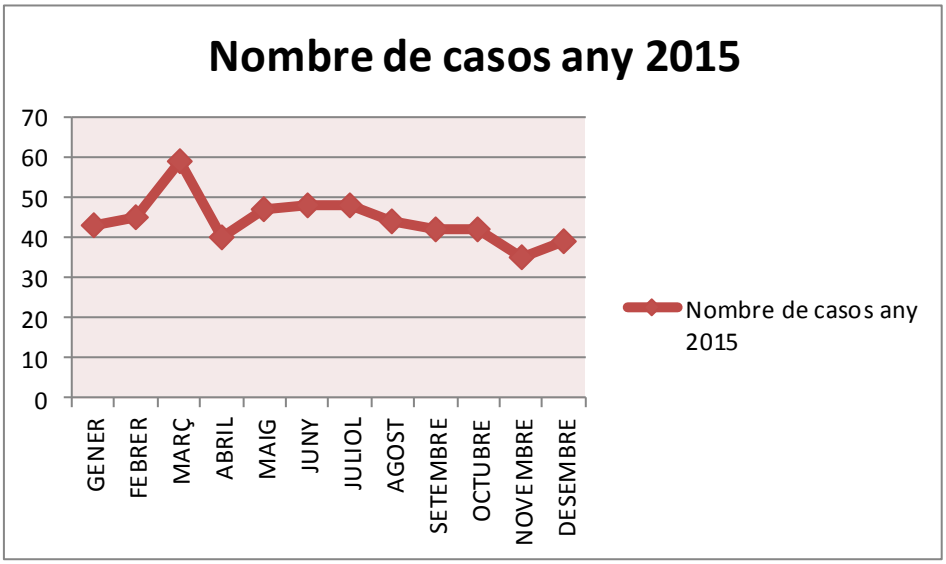
Es tracta, en definitiva, de poder disposar d'una millor i major disponibilitat de les dades existents, protocol·litzant els procediments per recollir la informació i estandarditzant la documentació, la informatització i la centralització de la mateixa. Tot això, amb la finalitat de conèixer millor la magnitud real del problema.

4.1.DATA DEL FET.

La variació circadiana i estacional del suïcidi es pot estudiar des d'un punt de vista psiquiàtric, psicològic, estadístic i sociològic. Durkheim interpretava la regularitat rítmica dels suïcidis en funció de la intensitat de la seva vida social (1982). Autors com Moselli (1881) o Preti (2000), entre d'altres, han tingut en consideració la influència còsmica (ritmes estacionals) en el suïcidi. Altres autors (Mauss, 1979) van establir un ritme diferent en el medi urbà i el rural, essent el suïcidi més freqüent en hivern en les zones rurals i al contrari en les zones urbanes. Diversos estudis assenyalen que els homes adults seguirien de manera més accentuada el patró estacional (Frank i Lester, 1988); (Pompili, 2004). Respecte a la influència de la llum (menys freqüent en l'hivern), els biòlegs postulen sobre la influència de la melatonina, segregada quan el cervell no rep els estímuls lluminosos adequats. Aquesta hormona seria la responsable de situacions de tristesa en el hivern.

MESOS	Nº CASOS
GENER	43
FEBRER	45
MARÇ	59
ABRIL	40
MAIG	47
JUNY	48
JULIOL	48
AGOST	44
SETEMBRE	42
OCTUBRE	42
NOVEMBRE	35
DESEMBRE	39
TOTAL	532

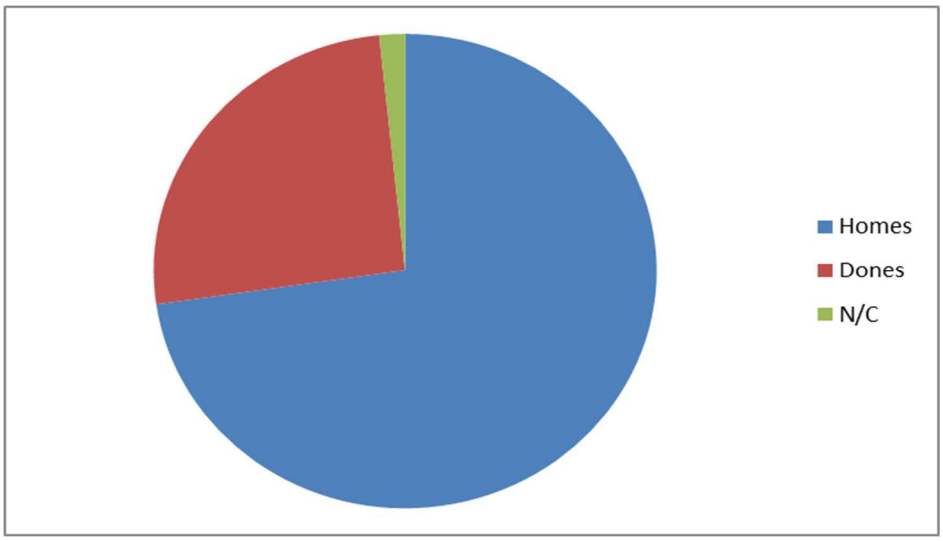
Taula1. Distribució dels suïcidis segons el mes de l'any (2015).



Gràfica 1. Distribució dels suïcidis segons mesos del any (2015).

En la gràfica es pot observar que hi ha dues puntes, una més elevada en el mes de març i una altra en els mesos de juny i juliol. El mes amb menys casos és el de novembre. La resta de mesos tenen certa estabilitat en el nombre de suïcidis. Al respecte hi ha un acord bastant generalitzat (no exempt de detractors) en assenyalar una certa ritmicitat estacional en el nombre de morts al llarg del cicle anual. Segons aquesta afirmació el nombre de suïcidis augmentaria al final de la primavera i inicis de l'estiu, disminuint després, per assolir una altra punta (inferior a la primera) en la tardor, disminuint notablement a l'hivern (Barer, 1994) (Hakko, 2000). Segons la gràfica si que es presenta una primera punta en el mes de març (l'any 2015 la primavera va iniciar-se el 20 de març a les 23:45 hores), la qual podria corroborar parcialment la hipòtesi vigent, ja que es produiria a l'inici de la primavera i no al final de la mateixa. En el mes d'octubre, tot i que no s'observa cap punta ascendent, si que podem veure que precedeix una disminució de fets dels mesos de novembre i desembre. Els mesos amb més suïcidis són el de maig, juny i juliol, amb certa estabilitat entre ells.

4.2. SEXE.



Gràfica 2. Distribució dels suïcidis segons sexe.

Nombrosos estudis consideren que el suïcidi consumat és més freqüent en homes que en dones, les quals protagonitzen més temptatives amb mètodes menys violents. Excepte en un nombre petit de països, els homes presenten una major taxa de suïcidi que les dones, utilitzant mètodes més letals (Sakinofsky, 2007).

La clau pot estar en el concepte cultural de la masculinitat, on l'home es veu abocat a prendre decisions arriscades i amagar les seves emocions. També mostra més dificultat en comunicar els seus problemes i sol·licitar ajuda externa. Les expectatives socials consideren que els homes han de ser forts, racionals, autònoms, independents, competitius, poderosos, invulnerables i positius. Aquests estàndards de masculinitats, evidentment, no es corresponen amb la realitat, per la qual cosa molts homes tenen problemes en externalitzar adequadament els seus conflictes emocionals (Möller-Leimkühler, 2009).

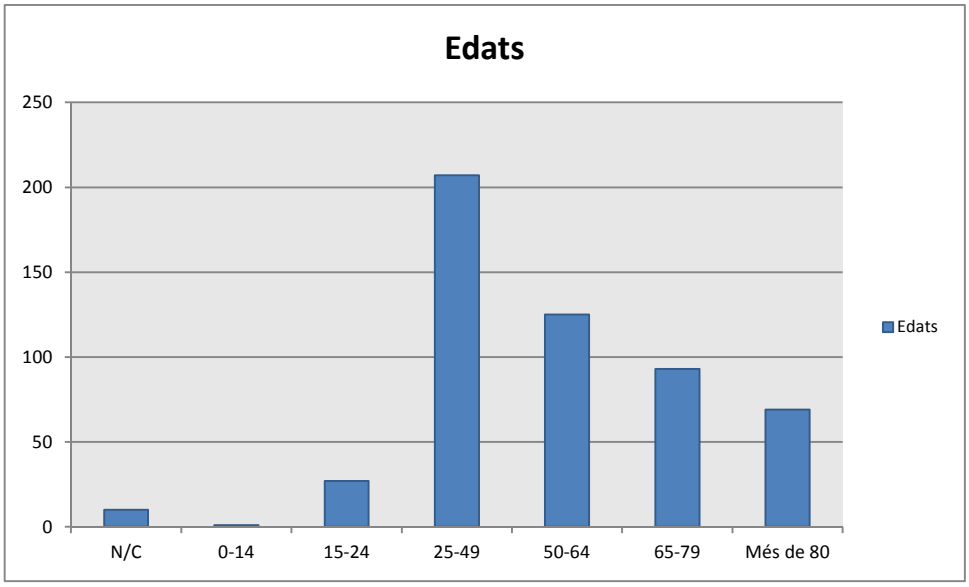
Altres perspectives situen la diferència en factors genètics i biològics, on la testosterona hauria convertit històricament en caçadors al homes, fent-los més impulsius i resolutius. Això, juntament amb factors socioculturals i morals faria que el suïcidi es considerés una qüestió d'honor, la qual cosa no passaria amb

les dones, las quals tindrien el perill de ser considerades males mares (Ríos, 2010).

També hi ha qui defensa que les dones no pretenen realment acabar amb la seva vida, sinó que el que pretenen és acabar amb una situació de patiment insuportable (Lagarde, 1999).

A Catalunya, de les víctimes registrades l'any 2015, 387 són Homes i 138 són dones. Hi ha 7 víctimes de les quals no es disposa dades. En aquesta ocasió es pot constatar que la realitat corrobora la teoria ja que el nombre de víctimes masculines gairebé triplica al nombre de víctimes femenines.

4.3. EDAT.



Gràfica 3. Distribució del suïcidi per edats.

Respecte a les edats de les víctimes, s'ha utilitzat una classificació per grups segons les pautes de l'IDESCAT, la qual es correspondria amb diferents estats vitals de l'individu (infància, adolescència-joventut, edat adulta, maduresa...).

Es pot observar que en l'etapa de la infància sols hi ha un cas registrat, la qual cos es relacionaria amb les dades existents, que indiquen que, abans de la pubertat, tant el suïcidi com les temptatives, són excepcionals, ja que la persona encara no té suficient maduresa cognitiva (OMS, 2012).

Autors com Antonio Abellán (2005) del Consell Superior d'Investigacions Científiques, observen que les taxes de suïcidi augmenten amb l'edat, de manera clara a partir dels 65 anys, i superant la taxa de 20 morts per 100.000 habitants a partir dels 80 anys. Aquesta associació seria vàlida en el cas dels homes.

Tampoc cal menystenir el suïcidi en el col·lectiu d'adolescents i joves, ja que aquest tipus de mort és la tercera causa de mort en el grup d'edat d'entre els 15 i 29 anys d'edat, superats només per les causes externes i els tumors (INE, 2013). S'estima que cada any es suïciden al món al voltant de 600.000 adolescents d'entre 14 i 28 anys, resultant els països europeus els més afectats pel fenomen (OMS, 2013). En el cas dels suïcidis de joves i adolescents, la literatura senyala com factors de risc (a part dels genèrics a tots els casos), determinades variables de la seva personalitat, com un caràcter impulsiu, manca d'autocontrol de les emocions i l'alta càrrega emocional que pateix aquest grup d'edat (Shaffer, Perlin i Schmidt, 1974). Una altra causa vinculada freqüentment amb aquest grup és el que s'ha anomenat bullying o ciberbullying, sobretot a les noves formes d'assetjament o intimidació utilitzant les noves tecnologies de la comunicació (Cross, Piggin, Douglas i Vonkaenel-Faltt, 2012).

4.4. PATOLOGIA FÍSICA I/O PSÍQUICA.

El suïcidi presenta una forta relació amb la malaltia mental (Harris i Barraclough, 1997). En un metaanàlisis sobre 3.275 subjectes realitzada per Arsenault-Lapierre i altres (2004) es va trobar que el 87,3% de les víctimes tenien un diagnòstic previ d'algun tipus de patologia mental.

Els trastorns de tipus afectiu, principalment el de tipus depressiu, són els quadres psiquiàtric més relacionats amb la conducta suïcida (Angst i Stassen, 1999). Una persona amb aquest tipus de trastorn té un risc de suïcidi 20 vegades superior respecte a la població en general (Beautrais A, Collings S, Ehrhardt P, 2005).

El trastorn bipolar augmentaria 20 vegades el risc i la distímia l'augmentaria 15 vegades (Coryell i Young, 2005; Hawton i altres, 2005).

El risc esdevé especialment elevat en la fase inicial i en la fase final de l'episodi depressiu, ja que en la fase d'estat, el retràs psicomotriu i la inhibició que es pateix, bloquegen a l'individu en el fet que passi a l'acció (Coryell i Young, 2005; Hawton i altres, 2005).

S'ha descrit una prevalença de fins al 10% de suïcidis consumats en persones que pateixen esquizofrènia (Hawton i altres, 2005), els quals mostren un 8,5 vegades més de risc de realitzar aquesta conducta que la població general (Harris i Barraclouh, 1997).

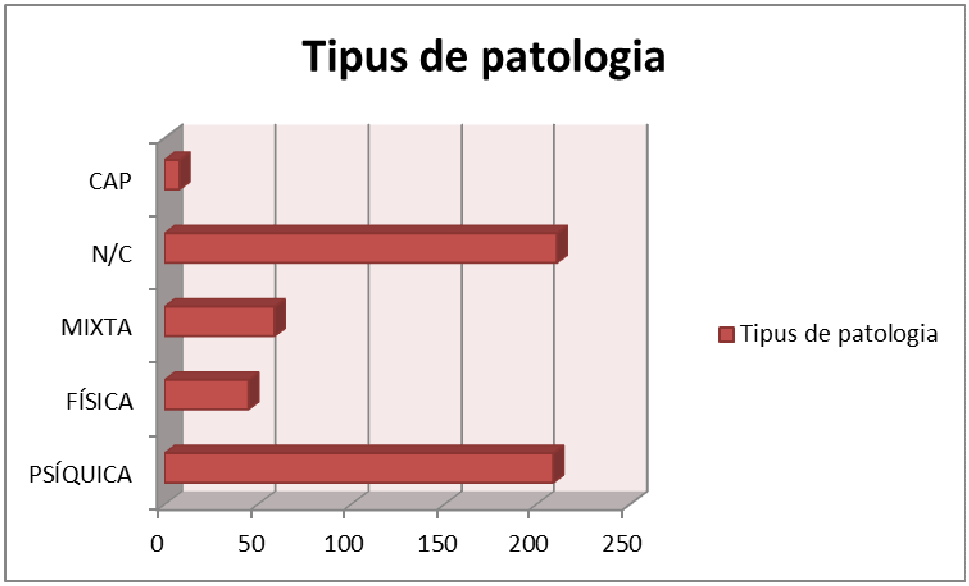
Gairebé el 20% de les persones que pateixen algun tipus de trastorn per ansietat realitzen algun tipus de temptativa de suïcidi, el risc augmenta si aquest trastorn es relaciona amb algun trastorn de tipus depressiu (Khan i altres, 2002; Warshaw i altres, 2000). El risc de suïcidi pot augmentar entre 6 i 10 vegades, respecte a la població general, en funció del tipus de trastorn d'ansietat patit (Harris i Barraclough, 1997).

L'abús de substàncies, com a factor de base i con a factor precipitant, es relaciona freqüentment amb la conducta suïcida. Fins a un 15% d'alcohòlics es suïciden i l'abús d'aquesta substància es troba present en un 25-50 % dels casos (Conner i Duberstein, 2004). Algun estudi incrementa en 6 vegades el risc, respecte a la població en general (Harris i Barraclough, 1997). El risc augmenta si aquest consum s'associa a alguna patologia física o psíquica (Cherpitel i atres, 2004; Gorwood, 200). El consum d'altres tipus de drogues (cocaïna, heroïna, cànnabis...) s'ha associat amb un risc de fins a 20 vegades superior respecte a la població general (Harris i Barraclough, 1997).

Les malalties somàtiques són també un factor de risc per a la conducta suïcida, especialment quan van acompanyades de discapacitat i dolor crònic o intens (Harris i Barraclough, 1994; Stenager i Stenager, 2000).

En la majoria de casos registrats en el present treball, es troba constància de l'existència de diverses patologies, essent la psíquica la més nombrosa (209 casos). Aquest tipus de patologia inclou diversos trastorns, com ara

esquizofrènia, trastorn bipolar, trastorn de tipus paranoic o psicòtic... El trastorn més comú és el de tipus depressiu. Això es correspon plenament amb la teoria, ja que aquest es tracta del trastorn mental més freqüentment associat amb la conducta suïcida. També s'observen 45 casos en els quals es dóna patologia física (malalties o problemes de salut greus) i en 59 casos hi ha comorbiditat entre la patologia física i la psicològica.



Gràfica 4. Patologia present en els suïcidis.

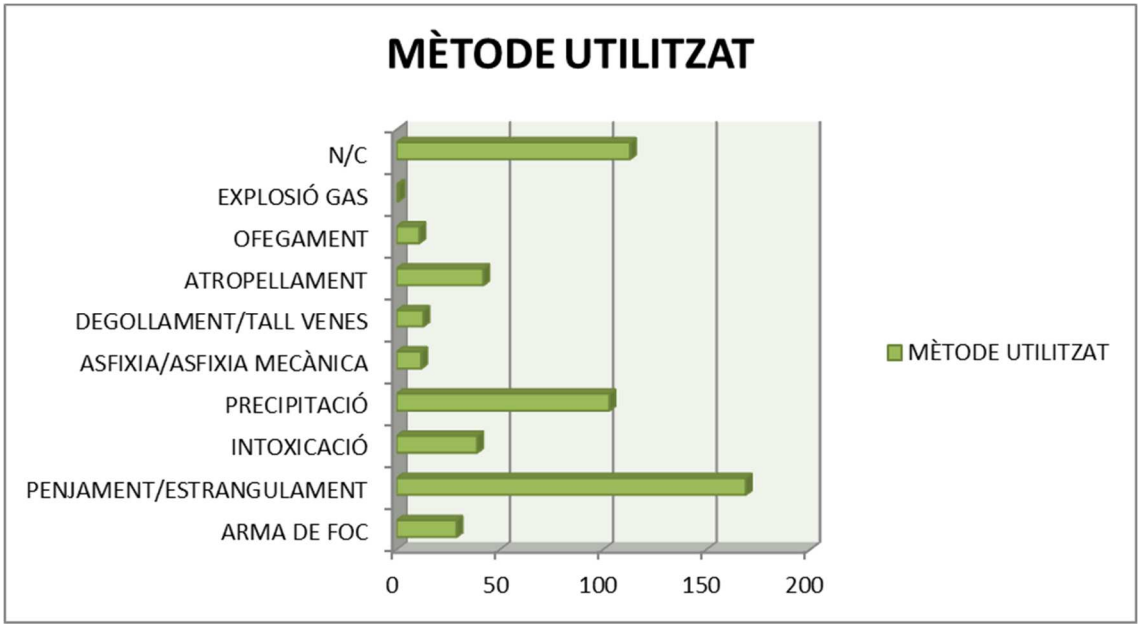
4.5. MÈTODE SUÏCIDA.

El mètode, majoritàriament, utilitzat a Catalunya és el de penjament amb 167 casos, seguit del de precipitació amb 103 casos. L'atropellament, llançant-se a la via del tren o del metro (Barcelona) té una incidència de 42 casos. Las intoxicació, normalment efectuada mitjançant la ingesta de fàrmacs (combinats o no amb alcohol) té una incidència de 37 casos. 29 persones s'ha suïcidat utilitzant armes de foc, la majoria amb armes llargues de caça i 11 persones han finalitzat amb la seva vida mitjançant algun tipus d'asfíxia o estrangulament, provocat amb bosses de plàstic o brides. 11 persones s'han ofegat en medi

aquàtic. Respecte a la utilització d'armes blanques, 7 subjectes s'han tallat les venes i 5 han optat pel degollament. Tenen una incidència residual altres mètodes com la inhalació de gas (3 casos) utilització d'herbicides (1 cas) o l'explosió mitjançant gas (1 cas).

De les dades es pot extreure que s'utilitzen els mitjans a l'abast per a cometre el fet, essent per exemple l'ús d'herbicides anecdòtic, mentre que en altres països amb una llarga tradició rural com la Xina el seu ús es troba més estès. També l'ús de les armes a Catalunya es troba restringit, degut a la legislació existent, essent la majoria de casos realitzats amb armes de caça o de tir esportiu, les quals es poden adquirir amb la preceptiva llicència. En alguns casos les armes utilitzades han sigut armes no legalitzades, és a dir, adquirides o posseïdes sense la preceptiva autorització administrativa.

La precipitació i el penjament, per la seva senzilla infraestructura necessària són els mètodes més freqüentment utilitzats. Amb aquestes dades resulta complicat poder desenvolupar algun tipus d'estratègia preventiva situacional.

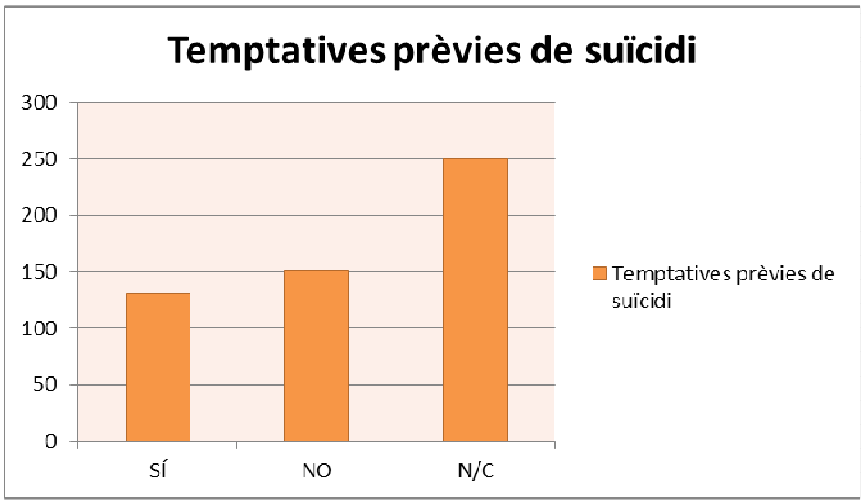


Gràfica 5. Distribució del suïcidi segons mètode utilitzat.

4.6. EXISTÈNCIA DE TEMPTATIVA PRÈVIA DE SUÏCIDI.

Molts estudis coincideixen en senyalar les temptatives prèvies de suïcidi com l'indicador més fiable de risc de suïcidi (Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, 2008; Zahl i Hawton, 2004; Cooper i altres, 2005). Les persones que ja han realitzat alguna temptativa prèvia tenen fins a 40 vegades més risc de morir per suïcidi (Harris i Barraclough, 1997). El 82% de persones que ha intentant llevar-se la vida prèviament haurien consumat finalment l'acte canviant el mètode inicial per un altre de més letal (Isometsa, 2001).

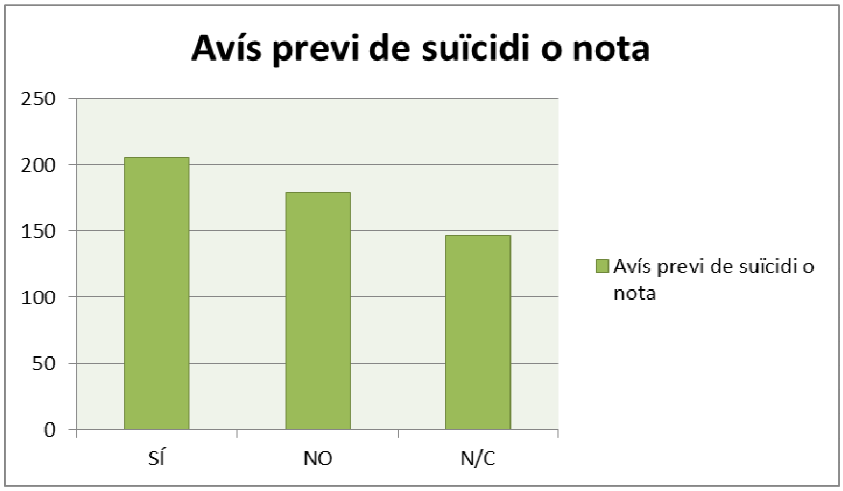
Dels casos registrats, 131 havien protagonitzat temptatives prèvies, 151 no les havien realitzat i de 250 casos no hi ha dades al respecte. En aquest cas, la manca d'informació no ens permet treure conclusions, ja que el nombre de casos dels quals no es disposa de dades de temptatives prèvies és massa elevat. Tampoc es pot descartar que hi hagi casos en que es consideri que no hi ha hagut temptatives prèvies i realment si que les hagi hagut, sinó que simplement no s'hagi tingut coneixement d'aquestes, en haver quedat dins de l'àmbit de la intimitat de l'individu.



Gràfica 6. Temptatives prèvies de suïcidi.

4.7. EXISTÈNCIA D'AVÍS PREVI DE SUÏCIDI.

Els avisos previs poden ser efectuats verbalment o mitjançant una nota i posen de manifest certa planificació i ideació de la conducta suïcida. Aquest fet es pot relacionar amb les fantasies vers la mort (Hendin, 1965), les concepcions de la mateixa (Vidal i Alarcón, 1986). El model cúbic de Shneidman, 1992) també presenta una correlació temporal entre els diferents constructes psicològics (hostilitat, pertorbació, constricció i cessament). La planificació de la conducta suïcida es correspondria a l'últim, el cessament, on la mort esdevé la solució al problema. Segons les dades recollides 206 persones haurien donat algun tipus d'avís de que es suïcidarien, 179 no ho haurien fet i de 147 persones no en consten aquestes dades. En la gràfica es pot veure una preponderància de l'avís, la qual cosa ens permet treure la conclusió que qualsevol avís que doni una persona sobre una conducta suïcida, ha de ser molt tinguda en compte, en contra de la creença popular de que qui diu que es suïcidarà no ho farà.



Gràfica 7. Avís previ de suïcidi.

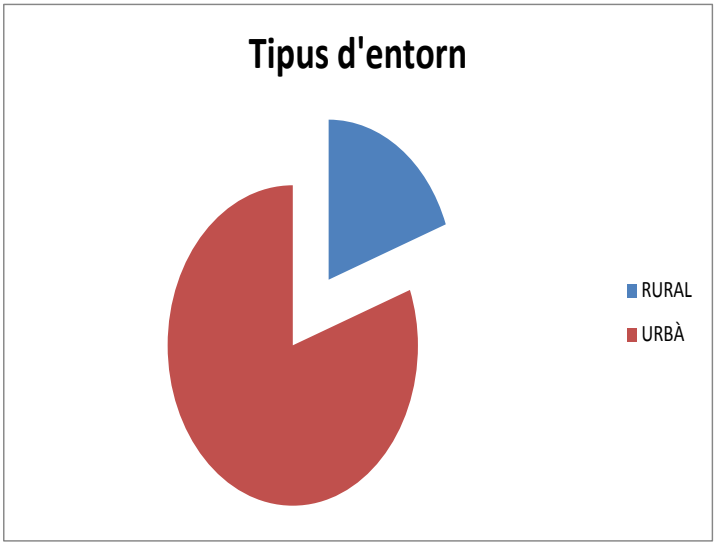
4.8. ENTORN.

Alguns estudis han mostrat l'existència de zones on es dona una clara tendència al suïcidi (Gurpegui i altres, 1991). En ocasions, aquest fet es pot relacionar amb el medi físic on es viu. Per una altra banda, els processos imitatius, molt

relacionats amb la conducta suïcida (Hawton, Heeringen, 2009), es produeixen de manera diferent en l'àmbit rural i en el urbà. Mentre que en el primer el coneixement es té, freqüentment, per coneixement directe del fet, en l'àmbit urbà acostuma a transmetre's a través dels mitjans de comunicació (Phillips, 1989).

Durkheim i els primers sociòlegs del suïcidi van considerar que aquest era producte de la civilització. Això explicava, segons ells, que en països més avançats socialment com Alemanya, es produïssin més suïcidis que en altres països més endarrerits, com Espanya i Portugal (Durkheim, 1928). Les zones urbanes es trobarien més exposades, per aquest motiu, a presentar taxes elevades de suïcidis, ja que en les zones rurals els poders reguladors exercirien una influència protectora (Durkheim, 1928; Halbachs, 1930). En tot cas, però, no cal obviar el canvi social que ha patit el medi urbà i el rural des de les afirmacions d'aquests autors, ja que la situació contextual ha variat exponencialment. Al respecte ens podem trobar en la dificultat que presenta discernir entre el que es considera àmbit urbà i àmbit rural.

En el present estudi, la classificació de l'entorn com a urbà o rural s'ha efectuat considerant com nucli rural el que tingués menys de 5.000 habitants (segons cens). Aquesta classificació ha obeït a la intenció de poder operacionalitzar aquest factor, tot i que es discutible la classificació d'un entorn en urbà o rural a partir només del nombre d'habitants. Hi ha altres factors socioculturals que es podrien haver tingut en compte, però aquests s'han obviat degut a la necessitat de poder establir un criteri ràpid al respecte. També es pot donar el cas que un fet es doni en una zona considerada com urbana (segons el municipi de referència), però que en realitat s'hagi produït en una casa aïllada o en una zona boscosa o rural dins del municipi. Segons el criteri descrit, a Catalunya, durant l'any 2015, 103 fets han succeït en entorn rural i 429 en entorn urbà. S'observa doncs, una clara preponderància d'aquest tipus de fets en entorn urbà, la qual cosa és, per una altra part lògica, ja que hi viu un nombre més elevat de persones.



Gràfica 8. Distribució del suïcidi per tipus d'entorn.

4.9. LLOC DELS FETS.

Segons dades de l'IDESCAT (2015), a Catalunya van morir per suïcidi un total de 495 persones. Segons dades del meu treball, n'he pogut comptabilitzar 532.

Per províncies, segons les mateixes dades de l'IDESCAT, a la província de Barcelona van morir l'any 2015 un total de 333 persones. Aquest treball comptabilitza en aquesta província un total de 366 casos.

A la província de Girona, l'IDESCAT (2015) comptabilitza 66 casos. En el present treball n'he comptabilitzat 68 casos.

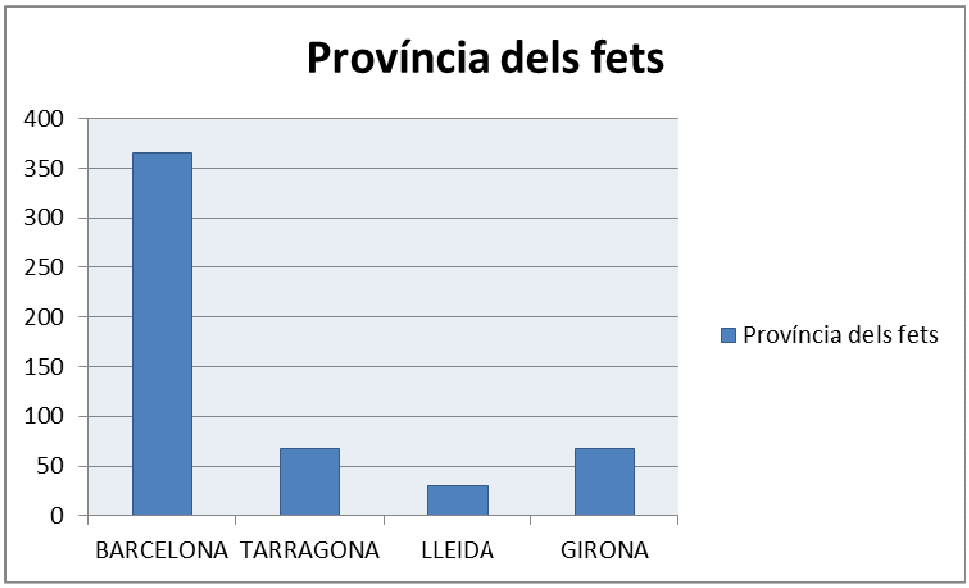
A la província de Lleida, l'IDESCAT (2015) comptabilitza 28 casos. El present treball en contempla 30.

Per últim, a la província de Tarragona, tant les dades de l'IDESCAT (2015) com les del present treball són coincidents, amb un total de 68 casos.

Per taxa de suïcidis per 100.000 habitants; Barcelona, amb una població l'any 2015 de 5.463.907 habitants, presenta una taxa de suïcidis de 6,09. Girona, amb una població l'any 2015 de 738.976 habitants, presenta una taxa de 8,93. Lleida, amb una població de 429.870 habitants, va presentar una taxa de 6,51.

Tarragona, amb una població, l'any 2015, de 792.001 habitants, va presentar una taxa de 8,58.

D'aquesta manera la província que va presentar una taxa més elevada, l'any 2015, va ésser Girona (8,93), seguida de Tarragona (8,58). La segueixen Lleida (6,51) i per últim Barcelona (6,09).



Gràfica 9. Distribució del suïcidi per província.

5. LIMITACIONS DE LA RECERCA.

1) L'absència d'algunes dades en l'estudi dels casos pot suposar un biaix en les dades definitives.

2) L'estudi es correspon al període d'un any natural, per la qual cosa les seves dades s'ha d'agafar amb cautela a l'hora de comparar-les amb les conclusions d'altres estudis que abastin un nombre més elevat d'anys.

3) S'ha de tenir present la xifra negra present en aquest fenomen.

4) Hi ha una disparitat en les xifres depenent de la font utilitzada. Les dades forenses i l'estudi de les diligències prèvies judicials esdevé la font més precisa per a l'estudi estadístic del fenomen.

6. CONCLUSIONS.

1) El número de casos de suïcidis en Catalunya l'any 2015 segons les fonts d'informació dels MMEE han estat 532 i, segons dades estadístiques oficials 495 casos.

2) Existeixen diferències del número de casos segons diferents institucions oficials i segons el moment que obtenen les dades.

3) Els homes es suïciden més que les dones, triplicant gairebé aquestes en nombre de casos.

4) La franja d'edat en la que es produeixen més casos és la compresa entre els 25 i 49 anys.

5) En els casos estudiats s'ha trobat existència de patologia física o psíquica. Destaca la presència de patologia psíquica, trastorns depressius.

6) El mètode més utilitzat és el penjament, seguit de la precipitació al buit.

7) Les temptatives prèvies de suïcidi s'haurien de recollir detingudament en l'estudi de tots es casos d'aquest tipus de mort.

8) L'avís previ al fet suïcida apareix en gran part del número de casos. Anteriorment o en el moment de fer-ho.

9) El suïcidi a Catalunya es dóna més en l'entorn urbà que en el rural; la província amb una taxa més elevada de suïcidis és Girona i, la que té una taxa més baixa és Barcelona.

10) A la primavera i estiu es produeixen més suïcidis que a la tardor i hivern.

7. BIBLIOGRAFIA.

- Achille-Delmas F. (1932). Psychopathologie du suicide. Paris, Alcan.
- American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Pychiatric Association;
- Angst j, Angst f, Stossen Hm. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorders. Journal of clinical psychiatry, , 60, Suppl. 2: 57-62.
- Arsenault-Lapierre, G.; Kim, C.; Turecki, G. (2004): ”Psychiatric diagnoses in 3275 suicide: a meta-analysis”, BMC Psychiatry, 4: 37.
- Asberg M. (1990) Biología de las conductas suicidas. Psiquiatría biológica. Masson, S.A
- Bardet M. (1997). El suicidio. Col·lecció Esenciales Paradigma.
- Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention (2005) A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health.
- Beautrais AL (2003) Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. Aust NZ J Psychiatry;37(5):595−9.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. (1996) Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. Am J Psychiatry;153 (8):1009−14.
- Beautrais, A. , Joyce, P. ,Mulder, R. I altres (1996): “Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study”, Am J Psychiatry 153(8): 1009-14.
- Beskow, j. (1979) Suicide and mental disorders in swedish men. Acta psychiatry scand, (suppl 277):1-138.
- Blumenthal, Sj. (1988) Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin med norteam; 4: 99-1026.
- Bonner RL, Rich AR. (1988) Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some premilinary data in college students. Suicide Life-Threatening Behavior; 17(1): 50-63.
- Boven, W. (a942) Consideration sur le suicide en rappott avec la genetique. Chweitz. Arch. Neurol. Psychiatry; 50:158.
- Brådvik L, Berglund M, Frank A, Löwenhielm P (2017) Clinical Prediction of Suicide and Undetermined Death: A Pseudo-Prospective Clinical and

Medico-Legal Study of Substance Abusers. Int. J. Environ. Res. Public Health, 14, 310;

- Brener, F W.: Cit. Por Rojas, E. En estudio sobre el suicidio, Ed. Salvat, 1978; 451.
- Carrasco Gómez JJ. (1990) Responsabilidad médica y psiquiatría. Madrid: Colex.
- Carter G, Milner A, Mcgill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ (2017) Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales.
- Chandler M J, Lalonde CE.(2008) Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and community. Vancouver: University of British Columbia Press; 221−48.
- Castilla J, Ramos V. (2004). Organización de la medicina legal en España. Villanueva E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 6.a ed.Barcelona: Masson;. p. 13-21.
- Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, unnell D. (2014) Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. Plos Medicine; 11.
- Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. (2013) Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. BMJ.;347.
- Cherpitel, C. J.; Borges, G. L.; Wilcox, H. C. (2004): "Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature", Alcohol Clin Exp Res, 28(5 Suppl): 18S-28S.
- Conner, K.; Conwell, Y.; Duberstein, P. (2001): "The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social suport and suicidal behavior", Acta Psychiatr Scand, 104(6): 452-7.
- Coryell, W.; Young, E. (2005): "Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder", J Clin Psychiatry, 66(4): 412-7.
- Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. (2013) The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the Internet on self-harm and suicide in young people. Plos one; 8.
- Davidson CL, Babson KA, Bonn, Miller MO, Souter T,Vannoy S. (2013) The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. Suicide Life Threat Behav;43(3):279−89.

- De Arán M, Pérez G, Rossell J, Molina P (1996). Exactitud de las estadísticas de mortalidad por causas externas y naturales con intervención médico-legal en Cataluña. Gac Sanit. 2000;14:356-62.
- De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O (2014). Bereavement after traumatic death – helping the survivors. Boston (MA): Hogrefe Publishing.
- Dodds TJ (2017). Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A review of the literature.
- Durkheim, Émile (1897). Suicide [edició en castellà a Akal, 1982].
- Egeland J, Sussex J. (1985) Suicide and familiy loading for affective disorders. JAMA; 254:915-918.
- Elsa Malvido (2010). El suicidio entre los esclavos negros en el Caribe en general y en el francés en particular. Una manera de evasión considerada enfermedad, siglos XVII y XVIII. Trace, 58, 113-124.
- Freud, S. (1980). Psicopatología de la vida cotidiana (1901). Obras completas. Tomo VI. Ed. Amorrortu, Buenos Aires; 175-176.
- Freud, S.: Duelo y Melancolía (1915). Obras completas. Tomo XIV. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1980; 249.
- Firth, Raymond (1961). “Suicide and risk-taking in tikopia society”. Psychiatry (núm. 24,pàg. 4).
- Fosse R, Ryberg W, Carlsson MK, Hammer J. (2017) Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward. Article de recerca Plos One.
- Forsman J, Keltanen T, Liberg B, Sajantila A, Masterman T, Lindroos K.; Croat J. (2017). Glucose metabolism in completed suicide: a forensic-pathological pilot study. Forensic Science. Croat Med J; 58:34-9.
- Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. (2009) Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. J Psychosom Res;66: 477-93.
- Giner L, Guija J (2014). Número de suïcidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina –legal. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2014; 7(3). 139-146.
- González JC, et al. (1997). Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk] In: Bobes García J et al., eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona, 69-77.
- Golding JM. (1999) Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. J Fam Violence;14(2):99-132.

- Gorwood, P. (2001): “Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence”, Eur Psychiatry, 16(7): 410-7.
- Guía de Intervención mhgap para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (2011). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Gurpegui, M. I altres (1991): «Suicidio en Andalucía: resultados epidemiológicos preliminares», Folia Neuropsiquiátrica, 26, pp. 12 i ss.
- Halbwachs, M. (1930): Les causes du suicide, Librairie Félix Alcan, París.
- Harris, E. i Barraclough, B. (1997), “Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis”, Br J Psychiatry, 170: 205-28.
- Harris, E. i Barraclough, B. (1994): “Suicide as an outcome for medical disorders”, Medicine (Baltimore), 73(6): 281-96.
- Hawton, K.; Sutton, L.; Haw, C. i altres (2005): “Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors”, Br J Psychiatry, 187, pp. 9-20.
- Hawton, K.; Sutton, L.; Haw, C. I altres (2005): “Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors”, J Clin Psychiatry, 66(6): 693-704.
- Hawton K.; Heeringen, K. Van (2009). “Suicide”. Lancet (núm. 373: 1372–1381).
- Hendin, H. (1951). Psychodinamic motivational factors in suicide. Psychiatry Quarterly; 25:672-678.
- Hooff, A. (2011) A Historical Perspective on Suicide. Ronald W. Maris, Alan L. Berman, y Morton M. Silverman, Comprehensive Textbook of Suicidology. New York: Guilford Press (2000): 96-123. Questia, Web. 17 enero 2011.
- Horney, K. (1950). Neurosis and Human Growth. New York: W.W. Norton and Company, Inc.; 25-160.
- Hume, D. (2005). Escritos impíos y antirreligiosos. Ed. José L. Tasset. Madrid: Akal.
- Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. (2011) Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. Clin Psychol Rev;31:563–91.
- Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. (2000) Youth risk beavior surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Cordinators. J Sch Health;70:271-85.
- Khan, A.; Leventhal, R.; Khan, S. I altres (2002): “Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database”, J Affect Disord, 68(2-3): 183-90.

- Kety SS. (1986) Genetic factors in suicide. En: Roy A, dir. Suicide. Williams & Wilkins.
- Kosky Robert (2002). Suicide Prevention. The Global Context.
- Laje G, paddock S, Manji H, Rush J, Wilson AF, Charney D, et al. (2007) Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. Am J Psychiatry;164(10):1530-8.
- Lester, D. (2000). Why people kill themselves. Springfield: Charles Thomas Publishers.
- Litman, R. E. (1965) Suicide: A Clinical Manifestation of Acting Out. En: Abt and Weissman, eds. Acting Out. New York: Grune and Stratton.
- Litman, R. E. (1967) Sigmund Freud and Suicide. En: Shneidman, E. S. Eds. Essays in Self-Destruction. New York: Science House; 324.
- Litman, R. E.; Tabachnick, N. (1968). Psychoanalytic Theories of Suicide. Fourth International Conference For Suicide Prevention. Los Angeles: Delmar Publishing Co; 277-285.
- López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. (2007) Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad. Informe No.: Osteba D-07-02
- Luthar SS, editor. Resilience and vulnerability:adaptation in the context of childhood adversities.Cambridge: Cambridge. University Press; 2003
- Mack JE. (1986). Adolescent suicide: an architectural model. En: Klerman GL, dir. Suicide and depression among adolescent and young adults. American Psychiatric Press.
- Madsen T, Erlangsen A, Nordentoft M. (2017). Risk Estimates and Risk Factors Related to Psychiatric Inpatient Suicide-An Overview. Int. J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 253; doi:10.3390.
- Malvido, E. (2010) El suicidio entre los esclavos negros en el Caribe en general y en el francés en particular Una manera de evasión considerada enfermedad, siglos XVII y XVIII. Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos. México.TRACE 58 págs. 113-124
- Mann JJ, Currier DM. (2010) Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. Eur Psychiatry;25(5):268−71.
- Menninger K (1938). Man against himself. New York: Harcourt Brace and World.

- Miles, C. P (1977). Conditions Predisposing to suicide: A review. I. Nerv. Ment. Dis.; 164:231-246.
- Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health; 66, 1037−42.
- O'boyle, M., Brandon, A. (1998). "Suicide attemps, substance abuse and personality". Journal of Substance Abuse Treatment (vol. 15, pàg. 353-356).
- OMS. (2014) Prevención del suicidio. Un imperativo global. World Health Organization.
- Pérez Barrero SA, Mosquera D. (2006). El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario. Madrid: Ediciones Pléyades.
- Pesticide Exposure and Depression among Male Private Pesticide Applicators in the Agricultural Health Study. Environ Health Perspect, Vol 2, Issue 9, sept 14. Beard et al.
- Phillips, D. (1989): «Recent advances in suicidology: the study of imitative suicide», en Diekstra y otros (eds.): Suicide and its prevention. The role of attitude and imitation, Brill, Leiden, etc. pp. 299 i ss.
- Ponsatí-murlà, O. (2015). O no ser : antologia de textos filosòfics sobre el suïcidi. Col·lecció quadrívium 11. Edicions la ela geminada.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. (2002) Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. Lancet;360, 1126−30.
- Rado, S. (1951) Psychosomatic medicine; 13:51-55.
- Rezaeian M. (2013) Epidemiology of self-immolation. Burns;39, 184–6.
- Rives W. (1999) Emergency department assessment of suicidal patients. Pschyatr Clin North Am; 22(4): 779-787.
- Roškar S, Tančič A, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D. (2016). The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in slovenia. Scientific article de gruyter open.
- Roy A. (1983) Familiy history of suicide. Arch gen psychiatr; 40: 971-974.
- Sakinofsky I. (2007). Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. Can J Psychiatry; 52(6S1):71S-84S.
- Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A.(2011). Controlling access to suicide means. Int J Environ Res Public Health;8 (12):4550–62. Doi:10.3390/ijerph8124550.

- Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. (2014) Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. Sleep Med;15(2):248−54. Doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780
- Shneidman es. (1992) A conspectus of the suicidal scenario. En: maris rw, berman al, maltsberger jt, yufit ri, dirs. Assesment and prediction of suicide. Guilford press.
- Silverman M, Fekner R. (1995) Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropiatiness. En: Silverman MM, Maris RW, dirs. Suicide prevention. Toward the year 2000. The Guilford Press.
- Simpson S, Jamison K. (1999) The risk of suicide in patients with bipolar disorder. Journal of clinical psychiatry, 60, Suppl. 2: 53-56.
- Sisask M, Värnik A. (2012) Media roles in suicide prevention: a systematic review. Int J Environ Res Public Health;9:123−38.
- Soubrier JP. (2004) Looking back and ahead. Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives? Forum–Prevention of Suicide Worldwide. World Psychiatry;3(3):159−60
- Stenager E, Stenager E. (2009) Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press, 293–9.
- Stenager, E. N.; Stenager, E. (2000): “Physical illness and suicidal behaviour” en: Hawton, K.; van Heeringen, K. (eds.): The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester, John Wiley & Sons, pp. 405-20.
- Tang NK, Crane C. (2006) Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med;36(5):575−86
- Urteaga, E (2013) Vida y obra de Maurice Halbwachs. Pensamiento, vol. 69 (2013), núm. 258, 149-168.
- Warshaw, M; Dolan, R; Keller, M. (2000): “Suicidal behavior in patients with corrent or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program, Am J Psychiatry, 157(11): 1876-8.
- Van Praag H. (2009) The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 7–12

- World report on violence and Health (2002). Geneva: World Health Organization.
- Wu KCC, Chen YY, Yip PSF (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. Int J Environ Res Public Health;9 (4):1135−58.
- Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. Environ Health Prev Med;13(5):243–56.