



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Suicidio consumado en mayores de 65 años
en la comunidad de Madrid**

**D. Rafael Jerez Moncada
2021**



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Tesis Doctoral

SUICIDIO CONSUMADO EN MAYORES DE 65 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Dirigida por:

Prof. Dr. D. Aurelio Luna Maldonado

Rafael Jerez Moncada

Murcia 2020

“Matarse a sí mismo es un acto dramático y prematuro a cualquier edad y constituye una pérdida de talento, experiencia y recursos que ninguna sociedad civilizada puede aceptar”.

Vidal

Agradecimientos:

A todos los que han creído en mí. A ti “nanín” y a Iker que acaba de llegar a este mundo.

A D. Aurelio Luna Maldonado, por su dedicación, ayuda, trato y tiempo dedicado de manera incondicional y atenta. Por su intermediación en el ámbito médico legal. Excepcional profesional y persona, gracias eternas.

A José María Abenza, por su ayuda e intermediación en el contexto forense.

Por una sociedad mejor.



D. Aurelio Luna Maldonado, Catedrático de Universidad del Área de Medicina Legal y Forense en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias,
AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "SUICIDIO CONSUMADO EN MAYORES DE 65 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ", realizada por D. RAFAEL JEREZ MONCADA, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a diez de junio de 2020

Firmado por LUNA MALDONADO AURELIO DE FATIMA ISIDORO -
06935215W el día 08/06/2020 con un certificado emitido por AC

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.

D. Rafael Jerez Moncada con DNI nº 52506713-J, hace constar:

Que por la presente se compromete al deber de **CONFIDENCIALIDAD** para con la información que se le facilite del Instituto Anatómico Forense de Madrid para la realización exclusivamente de la tesis Doctoral de Rafael Jerez consistente en el estudio descriptivo del fenómeno del suicidio en personas a partir de 65 años de edad, en la Ciudad de Madrid, en los últimos 6 años, no pudiendo ser objeto de estudio distinto al solicitado, sabedor de que el no cumplimiento de dicho deber de confidencialidad podrá ser objeto de responsabilidades legales al amparo del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y que dichos datos se tratarán anonimizados desde el momento de su recogida, siguiendo lo dispuesto en la ley de investigación biomédica del 2007.

Y para que conste firma la presente en Madrid, a 14 de marzo de 2019.

Fdo.: Rafael Jerez Moncada
52506713-J



RESUMEN

El suicidio es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las sociedades a lo largo de la historia de la humanidad, siendo en la actualidad un problema de salud pública tanto en España como en el resto del mundo según la Organización Mundial de la Salud, estimando a su vez que por este motivo mueren más de un millón de personas al año en todo el mundo.

Socialmente, es posible que se tenga la percepción de que el fenómeno suicida afecta principalmente a jóvenes y adultos de mediana edad, es decir, que tiene un mayor impacto socialmente, pero como podremos comprobar en la presente investigación, el suicidio en los mayores constituye una significativa y prevalente causa de muerte violenta por delante de cualquier otro grupo etario.

Concretamente, el suicidio en las personas mayores de 65 años ocupa el primer lugar de las muertes violentas que suceden en España, donde las muertes violentas se clasifican etiológicamente en suicidios, homicidios y accidentes.

Las personas mayores, son los que tienen las tasas más altas de suicidio a nivel nacional e internacional y, son un segmento de población en continuo crecimiento, con una previsión de incremento futuro en la consumación suicida y con unas características concretas y comunes predominantes:

- Realizan menos intentos de suicidio.
- Usan métodos letales y certeros, tanto a nivel urbano como rural. Por ello el logro del suicidio consumado es muy elevado y prevalente.
- Reflejan pocas o ninguna señal de aviso, lo que hace difícil su detección y prevención.
- El acto suicida en el mayor es premeditado y reflexivo, no impulsivo como lo es generalmente en el resto de edades.
- Pueden asumir la forma de suicidios pasivos, es decir, dejarse morir (no tomar alimentos, medicamentos, etc.).

Palabras clave: Suicidio consumado; Mayores de 65 años; Etiología suicida; Epidemiología del suicidio; Medicina legal.

ABSTRACT

Suicide is a multi-causal and complex phenomenon that has been present at all the societies throughout history humanity's history, being a problem in as of the present moment public health so much in Spain like in the rest of world according to the World Health Organization, estimating in turn than one million people die more than a year all over the world for this motive.

Socially, it's possible that he has the perception that the suicidal phenomenon affects principally young persons and middle-aged adults, that is, that has a bigger impact socially, but as we will be able to check in present investigation, one constitutes the suicide in the elders significant prevalent fatal violent cause for in front of any other group etario.

Concretely, the suicide in the bigger people of 65 years occupies the first place of the violent deaths that happen in Spain, where violent deaths classify etiologically in suicides, acts of murder and accidents.

The bigger people, they are the ones that have the higher rates of suicide to national and international level and, are population's segment in continuous growth, with a foresight of future increment in the suicidal consummation and with some concrete and common prevailing characteristics:

- They accomplish less attempted suicides.
- They use lethal and accurate methods, so much level urban like rural. The achievement of the consummated suicide is very elevated and prevalent for it.
- They reflect few or no sign of ad, that makes difficult his detection and prevention.
- The suicidal act in the bigger is premeditated and reflexive, impulsive no as it is to it generally in the rest of ages.
- They can assume the way of passive suicides, that is, giving in to die (no taking foods, medications, etc...).

Key words: Consummated suicide; Elders of 65 years; Suicidal etiology; Epidemiology of suicide; Forensic medicine.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	29
1.1. CONCEPTO DE SUICIDIO.....	49
1.2. MAGNITUD DEL PROBLEMA. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS EN ESPAÑA Y A NIVEL MUNDIAL	51
1.3. CONDUCTA SUICIDA EN LOS MAYORES	53
1.4. TIPOLOGÍAS SUICIDAS PREVALENTES EN EL MAYOR	55
1.4.1. Suicidio de escape – huida	55
1.4.2. Parasuicidio o suicidio del día después.....	55
1.4.3. Suicidio Histriónico.....	56
1.4.4. Suicidio Apático.....	56
1.4.5. Suicidio Esquizoide	57
1.4.6. Suicidio por balance.....	57
1.4.7. Suicidio como reacción al dolor psicológico	58
1.5. MECANISMOS SUICIDAS EN LOS MAYORES.....	58
1.6.1. Asfixias.....	58
1.6.2. Traumatismos	59
1.6.3. Intoxicaciones	59
1.6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS MAYORES	61
1.6.1. Sexo.....	64

1.6.2. Edad.....	64
1.6.3. Enfermedad mental. Especial atención a la depresión mayor y psicótica junto a los antecedentes de reincidencia de intento autolítico (conducta suicida previa)	65
1.6.4. Otras patologías mentales en el mayor asociadas a la conducta suicida. Mención a la relación suicidio con la enfermedad física y dolor crónico	67
1.7. NEUROBIOLOGÍA DEL SUICIDIO	70
1.8. LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA. HERRAMIENTA OBJETIVA PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. PERJUICIOS .	71
1.9. PROBLEMAS MÉDICO – LEGALES EN EL SUICIDIO	72
2. HIPÓTESIS	77
3. OBJETIVOS.....	81
4. METODOLOGÍA.....	85
5. RESULTADOS.....	91
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SEXO Y EDAD DE LA POBLACIÓN	103
5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES TEMPORALES	105
5.2.1. Años del período suicida de la investigación.....	105
5.2.2. Día de la semana de prevalencia en el suicidio	106
5.2.3. Mes de prevalencia en el suicidio	107
5.2.4. Estación del año de prevalencia en los suicidios	108
5.3. ANÁLISIS DE VARIABLES EN RELACIÓN AL SEXO Y EL GRUPO ETARIO	110

5.3.1.	Sexo en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación	110
5.3.2.	Grupo etario en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación	110
5.4.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MECANISMO SUICIDA.....	117
5.4.1.	Mecanismo suicida en relación al género	119
5.4.2.	Mecanismo suicida en relación al grupo etario	120
5.4.3.	Mecanismo suicida en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación	121
5.4.4.	Asociación de las causas principales y estimación de riesgos.....	121
5.5.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ETIOLOGÍA SUICIDA.....	133
5.5.1.	Etiología suicida en relación al género.....	135
5.5.2.	Etiología suicida en relación al grupo etario.....	137
5.5.3.	Etiología suicida en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación	138
5.6.	PARTIDO JUDICIAL	139
6.	DISCUSIÓN	143
6.1.	CONSUMACIÓN SUICIDA RESPECTO A LA EDAD Y EL SEXO.....	151
6.2.	MECANISMOS SUICIDAS PREVALENTES EN LOS MAYORES	153
6.3.	ETIOLOGIA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS MAYORES.....	153
6.4.	ESCALA TEMPORAL DE CONSUMACIÓN SUICIDA EN EL MAYOR	159
6.5.	AUTOPSIA PSICOLÓGICA	162
7.	CONCLUSIONES	169

8. BIBLIOGRAFÍA	179
9. ANEXOS	209

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores predisponentes. Zarragoitía Alonso (2010).....	61
Tabla 2. Frecuencia y porcentaje suicida según el grupo etario y sexo.....	104
Tabla 3. Frecuencia de suicidios consumados en los años de la investigación.....	105
Tabla 4. Día de la semana prevalente en el suicidio en los mayores de 65 años.....	106
Tabla 5. Frecuencia de la consumación suicida por meses en los mayores.....	107
Tabla 6. Prevalencia de la estación del año en el suicidio consumado en mayores.....	109
Tabla 7. Relación entre grupo etario y año de investigación.....	110
Tabla 8. Grupos etarios en función al día de la semana en el que consuman el suicidio.....	112
Tabla 9. Prevalencia de mecanismos suicidas en los mayores.....	118
Tabla 10. Mecanismos suicidas en los mayores por género.....	119
Tabla 11. Mecanismos suicidas en los mayores por rangos de edad.....	120
Tabla 12. Frecuencia de las causas principales de suicidio en 5 categorías.....	121

Tabla 13. Distribución de casos de 4 categorías de suicidio en función del género.....	122
Tabla 14. Distribución de casos de 4 categorías de suicidio en función del grupo etario.....	122
Tabla 15. Relación entre el género y el día de la semana de consumación de las muertes por asfixia.....	123
Tabla 16. Relación entre el género y la estación del año de consumación de las muertes por asfixia.....	124
Tabla 17. Frecuencia y porcentajes de las muertes por asfixia e intoxicación en función del sexo.....	125
Tabla 18. Estimación del riesgo de cometer asfixia o intoxicación en función del sexo.....	126
Tabla 19. Frecuencia y porcentajes de las muertes por asfixia y traumatismos en función del sexo.....	127
Tabla 20. Estimación del riesgo de cometer asfixia o traumatismos en función del sexo.....	127
Tabla 21. Frecuencia y porcentajes de las muertes por heridas de arma e intoxicación en función del sexo.....	129
Tabla 22. Estimación del riesgo de cometer suicidio por herida de arma o intoxicación en función del sexo.....	129
Tabla 23. Frecuencia y porcentajes de las muertes por intoxicación y traumatismo en función del sexo.....	130
Tabla 24. Estimación del riesgo de cometer intoxicación o traumatismo en función del sexo.....	131
Tabla 25. Frecuencia y porcentajes de las muertes por herida por armas o traumatismos en función del sexo.....	132

Tabla 26. Estimación del riesgo de cometer herida por armas o traumatismos en función del sexo.....	132
Tabla 27. Etiología suicida en los mayores de 65 años.....	133
Tabla 28. Etiología suicida por género.....	136
Tabla 29. Etiología suicida en función del grupo etario.....	137
Tabla 30. Frecuencia porcentual por partido judicial del suicidio consumado en los mayores.....	139

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tasas suicidas en los varones mayores de 65 años por grupo etario en la Comunidad de Madrid durante el período 2013-2018.....	104
Gráfico 2. Tasas suicidas en las mujeres mayores de 65 años por grupo etario en la Comunidad de Madrid durante el período 2013-2018.....	104
Gráfico 3. Porcentajes de la etiología suicida en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid en el período 2013 a 2018.....	105
Gráfico 4. Distribución del sexo en función del grupo etario.....	106
Gráfico 5. Porcentajes de la consumación suicida en ambos sexos en los años investigados (2013-2018).....	108
Gráfico 6. Frecuencia suicida según el día de la semana.....	109
Gráfico 7. Frecuencia porcentual por meses de la consumación suicida en mayores.....	110
Gráfico 8. Prevalencia porcentual relativa a la estación del año en el suicidio consumado en mayores.....	111
Gráfico 9. Frecuencia de suicidios por grupos etarios en función del año de investigación.....	113
Gráfico 10. Relación en porcentajes del grupo etario de 65 a 69 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.....	115
Gráfico 11. Relación en porcentajes del grupo etario de 70 a 74 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.....	116
Gráfico 12. Relación en porcentajes del grupo etario de 75 a 80 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.....	117

Gráfico 13. Relación en porcentajes del grupo etario de 81 a 84 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.....	118
Gráfico 14. Relación en porcentajes del grupo etario de 85 años o superior con el día de la semana en que consuman el suicidio.....	120
Gráfico 15. Porcentaje de los mecanismos suicidas en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid durante el período 2013-2018.....	121
Gráfico 16. Mecanismos suicidas por género en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid durante el período 2013-2018.....	123
Gráfico 17. Distribución de los casos de asfixia en función del sexo y el día de la semana.....	127
Gráfico 18. Distribución de los casos de asfixia en función del sexo y la estación del año.....	128
Gráfico 19. Distribución de los casos de asfixia e intoxicación en función del sexo.....	129
Gráfico 20. Distribución de los casos de asfixia y traumatismo en función del sexo.....	131
Gráfico 21. Distribución de los casos de intoxicación y herida por arma en función del sexo.....	133
Gráfico 22. Distribución de los casos de intoxicación y traumatismo en función del sexo.....	134
Gráfico 23. Distribución de los casos de herida por arma y traumatismo en función del sexo.....	136
Gráfico 24. Porcentajes de las etiologías suicidas en los mayores de 65 años.....	138
Gráfico 25. Etiología suicida por género en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid el periodo 2013-2018.....	140

INTRODUCCIÓN

Y

JUSTIFICACIÓN

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La acción suicida es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las sociedades a lo largo de la historia de la humanidad. El suicidio es un fenómeno complejo porque incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, religiosos y morales principalmente. Concretamente, factores sociales, psicológicos y culturales entre otros, interactúan para conducir a una persona a consumir el suicidio, teniendo en cuenta a su vez, las variables disposicionales del entorno y de la propia persona que facilitan o probabilizan la conducta suicida; la historia de aprendizaje (disposición psicológica), valores sociales del entorno, el condicionamiento de la interacción, el patrón de refuerzo, los problemas funcionales y/o estructurales, el análisis funcional de la conducta suicida y los factores anteriormente mencionados y convenientemente evaluados, son susceptibles de poder explicar las motivaciones para esta conducta autolítica hasta el método elegido para lograrlo.

El suicidio es ya un problema de salud pública tanto en España como en el resto del mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), estimando a su vez que por este motivo mueren más de un millón de personas al año en todo el mundo, realizando una predicción para el año 2020 de 1,5 millones de personas en relación a las variables disposicionales del entorno, mencionadas anteriormente, concretamente en lo que refiere a economía, estructura social y política (estiman que seguirán como en el actual 2016).

El suicidio no es un problema exclusivo de países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todos los países. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios totales en el mundo, se dieron en países de ingresos bajos y medianos. En la misma línea globalizadora del suicidio, destacar que en algunos países el suicidio es ilegal y tiene repercusiones jurídicas en cuanto al registro y cuantificación de estas muertes violentas, concretamente no se registran oficialmente con lo que las cifras son negras criminológicamente hablando, es decir que no constan o no han ocurrido. En este sentido, por lo tanto, la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio son insuficientes. Solo 80 Estados Miembros disponen de datos de registro civil con amparo jurídico para poder estimar las tasas suicidas.

Se trata de un tema “tabú” en la sociedad, pero no por ello inexistente, que afecta a la salud y vida de las personas a nivel nacional e internacional y, que tiene lugar con independencia de la época y la sociedad, aunque se interpreta de forma diferente según el contexto en el que suceda. Tal es así, que según argumentan Marcelli y Humeau (2007), el suicidio habría estado presente en todas las épocas y sociedades. De igual manera, a pesar de que el suicidio es una acción individual, sigue siendo un problema “tabú” en la sociedad española y en otras muchas, al suponer un fracaso en los contextos sociales, políticos, sanitarios, legales e incluso culturales. A su vez, el estigma en torno al suicidio, puede disuadir en la búsqueda de ayuda en muchas personas que piensan realizar una agresión autolítica. En el mismo sentido, existen mitos referidos al suicidio, leyendas urbanas realizadas por personas ajenas al conocimiento científico, que se validan en la población mundial y que se sustentan en generalidades o experiencias propias o ajenas, siendo algunas de las más extendidas, las siguientes según Martín Pérez (2016):

- “Los que hablan del suicidio no lo llevan a cabo”: de cada 10 personas que se suicidan, 9 habían advertido de forma clara sus intenciones autolíticas.
- “Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo llamar la atención”: son personas a las cuales les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto atentar contra su propia vida.
- “Si de verdad se hubiera querido matar, hubiera utilizado un método más agresivo”: todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. La elección del método depende de la disponibilidad o acceso.
- “Todo el que se suicida estaba deprimido”: aunque las personas con depresión tienen riesgo de suicidio, no todos presentan este desajuste.
- “Todos los que se suicidan son enfermos mentales”: los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.

- “El suicidio se hereda”: no está demostrado que el suicidio se herede, no hay evidencia científica, aunque se pueden encontrar varios miembros de una misma familia que se hayan suicidado. Pudiera intervenir el aprendizaje vicario.
- “El suicidio no se puede prevenir al ser actos impulsivos”: toda persona, antes de cometer el suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en la constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí mismo.
- “El suicida es un cobarde o un valiente”: Los suicidas no son cobardes ni valientes, son personas que sufren.

Desde el punto de vista psicológico, haciendo un paralelismo entre el condicionamiento clásico de Pavlov y el suicidio, se podría decir que las personas aprenden una serie de habilidades para adaptarse a las diferentes situaciones. La conducta es interacción entre la persona y el entorno y, que la historia de aprendizaje y el condicionamiento de la interacción, configuran las diferentes funciones que el entorno tiene para el sujeto. Por lo tanto y haciendo de nuevo alusión a las variables disposicionales del entorno mencionadas anteriormente junto con las del individuo, probabilizan las conductas suicidas. A su vez y siguiendo con el paralelismo del condicionamiento clásico, cuando esta interacción produce un alto nivel de sufrimiento (C+ y/o C-) y faltan o no se encuentran mecanismos de evitación y escape, la persona podría pensar en el suicidio como método para aliviarse (R-) o como forma de castigo (C+) contra los que considera responsables de su sufrimiento o contra sí mismo. En la misma línea, desde un nivel más cognitivo y para entender el acto suicida, hay que hacer alusión a los productos cognitivos y explicativos de Beck, siendo los primeros los que hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por situación y los esquemas y creencias de los procesos cognitivos, las denominadas distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que provocan en las personas maneras equivocadas de pensar ante determinadas situaciones, generalmente estados emocionales negativos y conductas

inadecuadas. Por lo tanto, en la línea de Beck, los suicidas tendrían una visión negativa de:

- Sí mismos: suelen considerarse deficientes e inútiles. Atribuyen su sufrimiento a un defecto físico, mental o moral, lo que les lleva a pensar que serán rechazados por los demás y que no tendrán capacidad de superar la adversidad.
- Sobre el futuro: la persona cree que su situación no cambiará, que seguirá en la misma situación siempre.

Siguiendo con Beck, las personas que tienen depresión y por lo tanto riesgo de suicidio, presentarían las siguientes distorsiones cognitivas:

- Abstracción selectiva: prestan atención a un solo aspecto o detalle de la situación, ignorando los aspectos positivos y dando mayor importancia a los negativos.
- Pensamiento dicotómico: los acontecimientos se valoran de forma extrema; bueno/malo, blanco/negro, etc.
- Magnificación y Minimización: tendencia a exagerar lo negativo de una situación, un suceso o una cualidad propia para minimizar lo positivo.
- Inferencia arbitraria: sacan conclusiones de una situación que no está apoyada por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Sobregeneralización: extraen sin base suficiente una conclusión general de un hecho particular.
- Visión catastrófica: adelantan acontecimientos y entre las distintas opciones, piensan que siempre va a ocurrir la peor.
- Culpabilidad: se atribuyen a sí mismos toda la responsabilidad de los acontecimientos, ignorando otros factores que contribuyen a los mismos.

Mencionar además de los aspectos psicológicos del suicidio, la neurobiología del mismo, ya que a nivel biológico se ha observado en dichas personas, la presencia de un descenso en el nivel de serotonina en el encéfalo, así como la dopamina y la noradrenalina que inciden en los estados depresivos y ansiosos susceptibles de intentos autolíticos.

Desde la perspectiva de la sociología, la obra de Durkheim “El suicidio”, de 1897, es y fue una de las más influyentes. Para este autor el hombre es fundamentalmente un ser social, que ha sobrevivido a lo largo de la historia viviendo y colaborando con sus semejantes, y que tiene arraigada la necesidad de pertenecer a una comunidad.

Entendiendo como “comunidad”, además del conjunto de individuos, un ente que existe por sí mismo y tiene poder. Ésta comunidad es la que permite la organización para la existencia de los individuos, creando y manteniendo normas y valores necesarios para que dicha organización sea suficientemente firme y sirva como apoyo. De hecho, las personas necesitan tanto la comunidad como la individualidad, en otras palabras, necesitan creer en una existencia real y especial de comunidad y formar parte de ella, así como tener normas y reglas de la comunidad como soporte.

Y por otro lado, necesitan ser ellos mismos, y creer en su propia identidad, tanto como individuo como comunidad (BilleBrahe, 2000). Durkheim entendía el suicidio, tal y como señala Pinto Rodríguez (2006), como “todos aquellos casos en los que la muerte de una persona es el resultado directo o indirecto de su propia acción y la víctima sabe que su propia acción producirá ese resultado”.

En su obra *Le suicide* se relaciona el suicidio con la sociedad, por lo que la variación en las tasas del fenómeno tendría como explicación causas sociales. Así “no se suicidarían los individuos, sino la sociedad a través de ciertos individuos” (Giner Jiménez, 2010).

Durkheim realiza una diferencia entre los factores extrasociales, donde se encuentran los estados psicopáticos, los estados psicológicos normales (donde estudia el suicidio en relación a la raza y la herencia), los factores cósmicos (tienen que ver con el clima y las temperaturas de las épocas del año) y la imitación.

Este autor realizó una clasificación de los suicidios que dependía de la relación entre la integración social del individuo y del grado de control social que se ejercía sobre el mismo. Así pues, diferenciaba entre el suicidio egoísta (caracterizado por una falta de integración social contundente), el suicidio altruista (donde la integración es tal que el colectivo resulta más importante que el individuo), el suicidio anómico (propio de sociedades con una débil regulación) y el suicidio fatalista (que aun siendo el más escaso, se produce en sociedades con una regulación extrema).

Todos estos tipos conviven en la sociedad, tal y como expone Durkheim, dando lugar a una sociedad suicidógena cuando alguna de las ramas toma demasiada intensidad. El modelo de aprobación del suicidio de Agnew (1998, citado por Villalobos Galvis, 2009), establece que las personas pueden llegar a tener una actitud positiva hacia el acto del suicidio, lo que daría lugar a un mayor riesgo.

No sólo eso, sino que el autor señala, por un lado, que el individuo tendría menos dificultades para acabar con su propia vida si se rodea de personas que aprueban el suicidio, y, por otro lado, que esa influencia que los demás ejercen sobre el individuo puede ser útil para prevenir el suicidio.

Existen otros tipos de clasificaciones como los de Jousset y Moureau de Tours, o los de Baelcher. Los primeros, tal y como expone Pinto Rodríguez (2006) establecen cuatro tipologías, todas basadas en la locura, mientras que Baelcher, tal y como explica Giner Jiménez (2010), el suicidio debe entenderse como un fenómeno esencialmente cultural. De hecho, para este autor, las leyes referentes al suicidio, las actitudes culturales hacia el mismo y la religión, intervienen en un sistema normativo-cultural, creando así patrones de ideas que las personas usan para evaluar sus conductas y sus actos.

Asimismo, establece que la cultura se crea mediante la convivencia de las personas. Se entendería como un conjunto de ideas, hábitos, pensamientos, tradiciones, normas y valores que se manifiestan como el patrón cultural de un grupo específico de personas que viven juntas, en una comunidad concreta y en un momento concreto. Incluyendo en este patrón tanto la visión y las creencias que

se tienen sobre la vida y la muerte, como las actitudes hacia la autoagresión deliberada.

El proceso por el cual se crean y se mantienen los múltiples elementos de una comunidad constituye un factor relevante en tanto en cuanto se basan en un consenso o se ejecuta por un control social estricto. De esta forma, Mäkinen (citado por Bille-Brahe, 2000), afirma que los patrones culturales no deben analizarse basándose únicamente en el aspecto estructural de la sociedad, incluyendo aquí la clase, la política, la distribución del poder, la religión, etc. Este factor cultural puede observarse claramente en los países musulmanes donde el suicidio es condenado abiertamente, lo cual está prohibido de forma explícita en el Corán. También existen actitudes contradictorias hacia el suicidio en culturas asiáticas, por lo que en algunos casos se acepta y en otros no. Estas contradicciones afectan sobre todo a las mujeres, pues, tal y como exponen Millner y De Leo (2010) los factores más comunes relacionados con el suicidio en dichas regiones tienen que ver con los matrimonios arreglados, las reivindicaciones de la dote y la desigualdad de derechos, que son aspectos culturales.

Específicamente, el suicidio en las personas mayores de 65 años ocupa el primer lugar de las muertes violentas que suceden en España, donde las muertes violentas se clasifican etiológicamente en suicidios, homicidios y accidentes.

El relacionar la edad avanzada como factor de riesgo favorecedor del suicidio se basa en que, desde el punto de vista psíquico, el proceso de envejecimiento se caracteriza por los siguientes hechos fundamentales según argumenta Aguera Ortiz (2009):

- Las transformaciones corporales, tanto anatómicas como funcionales. La vivencia corporal cobra en el anciano una importancia singular. El cuerpo joven, sano y bien funcionando no se percibe conscientemente. Para muchos ancianos, el cuerpo "se nota todo el tiempo", es percibido con una mayor frecuencia y generalmente con una connotación negativa.

- Un aumento de la interioridad, o desapego psicológico, pasando a ocupar los elementos del exterior un lugar progresivamente menor. Los vínculos con

figuras y acontecimientos externos a la persona se hacen menos frecuentes, aunque tienden a ser en consecuencia, más valorados.

- Una menor capacidad de adaptación al estrés y situaciones nuevas, con una mayor tendencia a la autoprotección y a la evitación.

- Un empobrecimiento del tejido relacional y social en el que se mueve el anciano, por pérdida de sus pares y el frecuente rechazo del entorno.

La depresión se reconoce como la patología que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida en los mayores. La gravedad de esta relación estriba no sólo en el poder incapacitante de la depresión, sino también en lo poco que se diagnostica en los ancianos.

Dentro de los diferentes trastornos depresivos, el riesgo de suicidio aumenta de manera particularmente alarmante en presencia de depresión mayor.

Diversas investigaciones señalan que aumenta hasta en veinte veces el riesgo de cometer suicidio y que aproximadamente 15% de los pacientes diagnosticados con depresión mayor, se suicidan.

En ancianos, esto se ve agravado por la existencia de otros factores que favorecen el suicidio como las comorbilidades clínicas y el aislamiento social, como argumentan Dolder et al. (2010).

La depresión establece entre las quejas de tipo psicológico y mentales la disfuncionalidad mental que prepara o regenta al anciano a un estado disfórico, dicho síndrome permite que la unión global de este se ensombrezca, la rutina diaria carece de objetivo siendo mermada día a día por este déficit y carencia de sentimiento positivo, el anciano se considera inútil, caduco, un ser que espera el momento de la muerte (el ansiado y deseado momento que no llega).

Los importantes síntomas depresivos subyacentes son inducidos junto a enfermedades médicas, el curso de las manifestaciones aumenta siendo del mismo modo adecentado por las carencias sociales del anciano en situaciones tales como la institucionalización (aislamiento social, duelo, insuficientes visitas familiares, escasos lazos sociales y el consecuente fracaso interpersonal).

Los trastornos crónicos o invalidantes o enfermedades médicas sostienen el estado depresivo del paciente. La sintomatología sucesiva del anciano tendente al suicidio presenta normalmente desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, incomunicación, pasividad, apatía, desinterés, estado de tensión, agitación constante y sentimientos depresivos, como argumenta Moreno Toledo (2012).

Otros elementos clínicos que pueden presentarse en un anciano con riesgo autolesivo son: somatizaciones, anhedonia, mal humor, disforia, disminución del cuidado de sí mismo, indecisión e inseguridad ante las tareas, falta de confianza en sí mismo y pensamientos constantes sobre el suicidio o la muerte, tal y como refiere Zarragoitía Alonso (2010).

Como se ha señalado con anterioridad, el suicidio en los ancianos es un fenómeno altamente complejo en el que se conjugan factores tanto individuales como familiares y sociales.

Su frecuente asociación a trastornos depresivos y la poca frecuencia con que estos se diagnostican, obligan a revisar detenidamente el tema en la búsqueda de nuevas estrategias de intervención y promoción de salud, así como la prevención desde la atención primaria pública, donde el mayor suicida acude aunque sea en un muy bajo porcentaje (recordar que los mayores suicidas no suelen referir a nadie su sufrimiento) y que propondremos más adelante en la presente investigación una vez analizados los datos y resultados suicidas.

Unido a la depresión, existen otros factores que inciden en la conducta suicida en los mayores, como refiere Zarragoitía (2010), siendo estos:

- Factores predisponentes:

Personalidad dependiente, pasivo-agresivos y obsesivos.

Aprendizaje de respuestas en situaciones de tensión.

Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas).

- Factores contribuyentes:

Socioeconómicos.

Dinámica familiar. Grado de escolaridad.

Actividades laborales y de recreación. Jubilación.

Comorbilidad orgánica y mental.

- Factores desencadenantes:

Crisis propias de la edad.

Abandono.

Aislamiento.

Muerte de familiares y allegados.

Pérdidas económicas

Agudización de síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.

Discapacidades y disfuncionabilidades.

A su vez, el Sistema Nacional de Salud de España (SNS, 2010), así como diversos estudios, clasifican los factores de riesgo del suicida en:

1. Factores de riesgo individuales:

- Intentos de suicidio previos: son el predictor más importante de la conducta suicida.
- Intentos de suicidio previos: son el predictor más importante de conducta suicida (Yoshimasu et al., 2008).
- Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: ejerce un papel muy significativo, y no es sólo un factor de riesgo, sino también un factor precipitante (Yoshimasu et al., 2008).

- Depresión mayor: es el trastorno mental que de forma más común se asocia con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (Beautrais et al., 2005).
- Otros trastornos mentales: trastorno bipolar y esquizofrenia, (Beautrais et al., 2005).
- Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva, (Beautrais et al., 2005).
- Edad: los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada, (Beautrais et al., 2005)).
- Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio, (Beautrais et al., 2005).
- Presencia de enfermedad crónica o discapacitante, (Hawton, 2009 y Nock et al., 2008).

2. Factores de riesgo familiares y contextuales:

- Historia familiar de suicidio: aumenta el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino, (Hawton, 2009 y Nock et al., 2008) y cuando se produce en un familiar de primer grado, (Sakinofsky, 2007).
- Factores sociales y ambientales: falta de apoyo social, nivel socioeconómico y situación laboral, (López et al., 2007).
- Historia de maltrato físico o abuso sexual: en concreto, los producidos durante la infancia presentan una asociación consistente con la conducta suicida, (López et al., 2007).

3. Factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida:

- Eventos vitales estresantes: pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (económicas o laborales), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo, (Nock et al., 2008).
- Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos: aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso de la ideación a la conducta suicida, (Nock et al., 2008).
- Acoso por parte de pares (iguales): en adolescentes, se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas, (Kann et al., 2007).

4. Factores protectores Personales, (Beautrais et al., 2005):

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales. Sociales o medioambientales.
- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad
- Integración social.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.

En los mayores, específicamente, los factores de riesgo suicida son, (Wiktorsson et al., 2010):

- Intentos de suicidio previos e ideación suicida.
- Presencia de trastorno mental (sobre todo depresión) y adicciones.

- Presencia de trastornos y rasgos de la personalidad específicos (especialmente del grupo A y B).
- Enfermedad física crónica.
- Aislamiento social y eventos vitales estresantes.
- Déficit funcional.

Como factores protectores de la conducta suicida en los mayores, los siguientes, (Wiktorsson et al., 2010):

- Hábitos de vida saludables.
- Contacto con la familia y amigos.
- No consumo excesivo de alcohol.
- Mantenerse activo.
- Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida.
- Rasgos de la personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad.
- Locus de control interno.
- Percepción de autoeficacia.
- Satisfacción con la vida.
- Percepción del significado de la vida y satisfacción con la misma.
- Habilidades de afrontamiento.
- Orientación al futuro y espiritualidad.

Desde el marco de la etiología suicida en los mayores, los métodos utilizados para consumar el suicidio, descriptivamente y por prevalencia los siguientes:

- Suspensión o ahorcadura: Se trata de colocarse una cuerda o cable alrededor del cuello, formando un lazo.
- Precipitación: Hace referencia a lanzarse desde un lugar elevado, como puede ser una azotea, una ventana, un balcón, etc.
- Intoxicación: Consiste en provocarse una intoxicación o envenenamiento intencional, por ejemplo, por ingestión de drogas o medicamentos, por exposición a gases, vapores u productos químicos nocivos.
- Asfixia: Supone la muerte por falta de oxígeno, puede darse por la inhalación de gases tóxicos.
- Lesión por arma de fuego: Se trata de provocarse intencionadamente lesiones con un arma de fuego, como armas cortas, rifles, escopetas o armas largas.
- Lesión por arma blanca: Implica la muerte mediante lesiones infligidas por armas blancas, que pueden ser objetos cortantes o romos. Suelen emplearse cuchillos para cortarse las venas o apuñalarse diversas zonas del cuerpo.
- Arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento: Consiste en situarse repentinamente delante de un tren, un coche o cualquier otro vehículo a motor.
- Quemaduras o carbonización: Supone la muerte por provocarse lesiones con fuego u objetos o sustancias que provoquen quemaduras. Un ejemplo famoso es el denominado “quemarse a lo bonzo”, que consiste en rociarse el cuerpo con un líquido inflamable para, posteriormente, prenderse fuego.
- Sumersión: Implica provocarse la muerte en un medio líquido, lo que impide la respiración.

Además de lo expuesto hay que entender que no en todos los países ni regiones del mundo se emplean los mismos métodos ni con la misma frecuencia.

Un estudio de Ajdacic-Gross et al. (2008) arrojó luz sobre este aspecto indicando que la selección del método de suicidio no sólo varía por países, sino que además depende de la aceptabilidad social sobre el método y de su disponibilidad.

La aceptabilidad proporciona una serie de creencias sobre suicidarse o no, y las normas socioculturales darían directrices sobre cómo proceder. Como resultado de este trabajo se encontraron tres medios altamente empleados en todo el mundo: Las armas de fuego, la suspensión o ahorcadura y el envenenamiento con pesticidas.

Así pues, el método más empleado en casi todos los países es la suspensión.

Las armas de fuego son empleadas con más frecuencia en aquellos países en los que tienden a usarse para proteger los hogares, muestra de ello sería el predominante uso de este método en los Estados Unidos de América, aunque también se usan en Argentina, Suiza (sólo los hombres) y Uruguay. En los países asiáticos y en Portugal, sin embargo, el envenenamiento con pesticidas es muy frecuente.

Por otro lado, el envenenamiento con drogas es común en Canadá, los países nórdicos y el Reino Unido. De hecho, en China un estudio de Zhang, Stewart, Phillips, Shi y Prince (2009) demostró que existía una correlación entre la exposición a pesticidas y las ideaciones suicidas. También hallaron divergencias en cuanto al nivel de violencia y letalidad de los métodos por género, siendo los hombres los que emplean métodos más violentos y letales, como las armas de fuego. Las mujeres por el contrario optan más por el envenenamiento y el ahogamiento, que suponen tanto una menor violencia como letalidad (Ajdacic-Gross, y otros, 2008). Asimismo, existe una correlación entre los tres métodos más predominantes, pues descubrieron que la suspensión tendía a usarse cuando no había otro medio mejor a su disposición.

En cuanto al género de los suicidas mayores, se continúa con la tendencia de género expuesta hasta ahora, es decir, todas las tasas masculinas superan a las femeninas.

La única excepción la protagoniza la región del Pacífico Occidental donde la tasa de mujeres supera por 0.7 puntos a la de hombres, lo que da lugar a una proporción de 0.9 hombres fallecidos por suicidio por cada mujer fallecida por suicidio.

De lo señalado anteriormente cabe destacar que las dos regiones con mayor porcentaje de población, el Sudeste Asiático (25.9%) y el Pacífico Occidental (23.1%) respectivamente, son las que contabilizan una mayor cantidad de suicidios, 39.1% y 16.3%. Además, en casi todos los países la tasa masculina es superior a la femenina, aunque siempre hay alguna excepción como es el caso de Pakistán (9.1 hombres y 9.6 mujeres), Iraq (1.2 hombres y 2.1 mujeres), China (7.1 hombres y 8.7 mujeres) y Bangladesh (6.8 hombres y 8.7 mujeres).

Asimismo, hay otra serie de países cuyas tasas destacan con gran diferencia sobre las demás, un ejemplo claro sería el de Guyana, que llega a alcanzar los 70.8 puntos para los suicidios en hombres y 22.1 en mujeres, o Sri Lanka, que puntúa 46.6 suicidios por cada 100.000 habitantes en los hombres y 18 en las mujeres.

Socialmente, es posible que se tenga la percepción de que el fenómeno suicida afecta principalmente a jóvenes y adultos de mediana edad, es decir, que tiene un mayor impacto socialmente, pero como podremos comprobar en la presente investigación, el suicidio en los mayores constituye una significativa y prevalente causa de muerte violenta por delante de cualquier otro grupo etario.

Las personas mayores, son los que tienen las tasas más altas de suicidio a nivel nacional e internacional y, son un segmento de población en continuo crecimiento, con una previsión de incremento futuro en la consumación suicida y con unas características concretas y comunes predominantes:

- Realizan menos intentos de suicidio.
- Usan métodos letales y certeros, tanto a nivel urbano como rural. Por ello el logro del suicidio consumado es muy elevado y prevalente.
- Reflejan pocas o ninguna señal de aviso, lo que hace difícil su detección y prevención.

- El acto suicida en el mayor es premeditado y reflexivo, no impulsivo como lo es generalmente en el resto de edades.
- Pueden asumir la forma de suicidios pasivos, es decir, dejarse morir (no tomar alimentos, medicamentos, etc.).

El perfil del mayor suicida es de manera muy significativa un varón, con una proporción generalmente de 3:1 a 4:1, es decir, que por cada 3 o 4 varones que se suicidan lo hace una mujer. Otras características comunes al género son el de una persona con la salud deteriorada (enfermedades crónicas y dolores invalidantes, que le producen no poderse valer con independencia en las actividades rutinarias diarias, patologías mentales con especial atención a la depresión, aislamiento social y familiar, viudez, sentimientos de inutilidad, inactividad, falta de proyectos vitales. La jubilación, al provocar nuevos roles sociales y vitales, también incidiría en la consumación suicida, ya que como se verá más adelante, el grupo etario dentro de los mayores con mayor prevalencia suicida es el comprendido entre los 65 y 69 años.

Generalmente los mayores, para cometer el acto suicida, utilizan métodos de fácil disponibilidad y acceso, tanto en contextos urbanos como rurales, que conllevan e inciden en la elevada letalidad, prevaleciendo los ahorcamientos, la precipitación (tirarse al vacío o hacia algo), el disparo de arma de fuego y la intoxicación medicamentosa, esta última con mayor prevalencia en las mujeres.

Los mayores tienen una conducta suicida con unos rasgos distintivos a otros grupos de edad. Realizan menos intentos de suicidio que los jóvenes (15 a 24 años), siendo éstos el segundo segmento de población en prevalencia suicida, concretamente por cada mayor suicida lo han intentado cuatro, mientras que, por cada joven suicida, lo han intentado doscientos.

Las personas mayores conforman el segmento de mayor y más rápido crecimiento de la población, y el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y, se pronostica que para el año 2030 será el doble según la O.M.S (2012).

Este pronóstico está en la misma línea que Conwell et al. (2012), afirmando que, dado el aumento de la población de personas mayores, es probable que el número de las mismas que se suicidan aumente en las próximas décadas, por lo que se hace necesario profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo en la vejez para atenuar esta predicción y avanzar en la prevención.

Explicar las causas de esta elevada prevalencia suicida no es una cuestión fácil, ya que se trata de un fenómeno complejo y como tal, no existe una única respuesta. Además, tiene lugar en un contexto específico y en unas circunstancias determinadas de la vida del mayor, donde la desesperanza, el dolor, el sufrimiento y las enfermedades cobran especial relevancia.

A pesar de estas predicciones y de que el suicidio constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública a nivel mundial, el suicidio es prevenible siempre que sea abordado desde el contexto de la prevención integral clínica, sin olvidar que entre un 5% y un 10% de los suicidas no padecen ningún tipo de trastorno mental, es decir, que probablemente padezcan “síntomas subclínicos”, entendiéndose por estos que no llegan a cumplir un criterio diagnóstico completo (DSM – CIE).

El comportamiento suicida es un fenómeno muy complejo, donde no existe una única causa que lo determine, por ello, dentro de la presente investigación y, desde de un marco que abarca la criminología, medicina, psicología, estadística y lo social, se definirán los factores de riesgo de la conducta suicida, variables socio-demográficas, antecedentes clínicos y circunstanciales (independientemente de los datos obrantes en el respectivo expediente judicial, se abordará la autopsia psicológica, como ayuda al esclarecimiento o motivo del suicidio consumado), para configurar una idea real de la fenomenología suicida actual de los mayores en nuestra sociedad y, así poder incidir en una prevención utilizando datos lo suficientemente válidos como para poder elaborar una práctica acertada y efectiva.

Esta prevención, necesitaría de una estrategia integral multifactorial para mejorar la eficacia relativa a la consumación suicida, donde desde los servicios públicos de salud se deberían implementar estrategias preventivas como componente central y donde sus profesionales, dentro de la variabilidad clínica que

abarca el suicidio en el mayor, dispongan de los recursos y herramientas dirigidas específicas, para así poder realizar la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida.

Actualmente y referido a esta prevención, la OMS tiene establecidos diferentes niveles de la misma, siendo estos los siguientes:

- Universales: Están dirigidas a toda la población. Son estrategias encaminadas a incrementar el acceso a los sistemas de salud, promocionar la salud mental, reducir el daño por consumo de alcohol y otras sustancias, limitar el acceso a los medios para cometer suicidio, promover de forma responsable información sobre los suicidios en los medios de comunicación o concienciar a la población sobre la salud mental, los trastornos por abuso de sustancias y el suicidio.
- Selectivas: Tienen como objetivo incidir en grupos especialmente vulnerables, como pueden ser los individuos que han sufrido abusos o traumas, los que han sufrido un desastre (conflicto bélico o desastre natural), los inmigrantes y refugiados, y los sobrevivientes de un suicidio. Se pretende entrenar cuidadores que asistan a estas personas vulnerables, así como ofrecer servicios de ayuda, como puedan ser teléfonos de ayuda. En España tenemos al Teléfono de la Esperanza como mayor referente para estos casos, y sin embargo apenas se hace publicidad del mismo.
- Indicadas: Son las dirigidas a personas concretas especialmente vulnerables. Estas estrategias se centran en el apoyo comunitario, el seguimiento de los que abandonan los centros de salud, la educación y formación para los trabajadores del área de la salud y una mejor identificación y gestión de los trastornos mentales y el abuso de sustancias.

Todas estas estrategias deberían tenerse en cuenta a la hora de crear un plan integral y multinivel de prevención, pues debido a la naturaleza multifactorial del suicidio, deben abarcarse una gran cantidad de ámbitos y de grupos de riesgo.

Ahora bien, es del todo necesario, e incluso urgente, solucionar los problemas que suscita la recogida de datos, que son esenciales para poder realizar programas de prevención y protocolos de actuación. A nivel global resulta una tarea más que ardua, pues hay muchos países que no aportan datos, pero éste no es el único obstáculo.

La auténtica traba deriva de la ineficacia de los sistemas de recogida de datos de los países que los aportan. Miler y De Leo (2010) explican que en países de ingresos bajos hay una escasa disponibilidad de recursos y de profesionales para la investigación y prevención del suicidio.

En consecuencia, resulta complicado conocer los grupos de riesgo porque muchas veces se obtienen datos fragmentados, es decir, no todos los años, ni todas las zonas, etc. Y no sólo eso, sino que hay suicidios que no se reportan como tal por temas culturales, de estigmatización y de prohibiciones legales. Sin embargo, esta cuestión también afecta a los países con ingresos medios y altos.

En España mismo, en el año 2013, las cifras se incrementaron un 9.3% gracias a la colaboración entre el Instituto Anatómico Forense de Madrid y el Instituto Nacional de Estadística.

Como consecuencia de esta insuficiente e ineficaz recogida de datos nos encontramos con una gran cifra negra. Si el problema hoy por hoy ya alcanza unas dimensiones amplias, podemos deducir que esto no es más que la punta del iceberg. Por ello se hace necesario encontrar la forma de crear una base de datos unificada con una única clasificación para las distintas variables, así como una cooperación entre las distintas instituciones.

Al hilo de lo comentado, podría aplicarse la autopsia psicológica (que es un procedimiento empleado principalmente en los casos de muertes de etiología dudosa y que sirve para recabar datos sobre una persona fallecida con el fin de hallar información suficiente para conocer cómo se ha producido la muerte y cuál era la intención del individuo fallecido, aunque existen excepciones, porque puede emplearse para la investigación de suicidios que no han llegado a consumarse (Velasco Díaz, 2014), donde se deben tener en cuenta los factores económicos, sociales (incluye relación con familiares y amigos), ambientales, psicológicos,

antecedentes de intentos de suicidio, etc., para recolectar aquellas variables que el fallecido no pueda aportar, como pueden ser la presencia de trastornos mentales, la situación económica, la situación laboral, la situación familiar, etc).

En cuanto a la percepción de este fenómeno, aunque poco a poco se están dando pasos hacia la comprensión y la aceptación de esta realidad, sigue siendo un tabú. Es un problema del que no gusta hablar, no sólo entre las personas, sino tampoco en los medios de comunicación. Tiende a relacionarse, no erróneamente, con trastornos mentales, sin embargo, esto da lugar, por ignorancia y desconocimiento, a la estigmatización de los mismos. Esta estigmatización alimenta los prejuicios y da lugar a la desigualdad en el trato a estas personas, y en consecuencia, a la discriminación. También es una de las causas por las que las personas que están en riesgo no acuden a los lugares en los que podrían proporcionarles ayuda.

Para acabar con el estigma es necesario un cambio en la percepción social, y para ello son necesarios tres factores enumerados muy convenientemente en el informe de la OMS "Preventing suicide" (2014), y son: el conocimiento, el apoyo público (a través de la política) y una estrategia social como puede ser una respuesta nacional con el fin de lograr las metas que lleven a la prevención del suicidio.

Por todo ello, se realiza la presente investigación, que analizará los casos de suicidio consumado en personas mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, como principal causa de muerte violenta actual en nuestra sociedad.

1.1. CONCEPTO DE SUICIDIO

La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo.

La OMS introdujo en el año 1969 el concepto de "acto suicida" definiéndolo como "*todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil*", definiendo igualmente al suicidio como un "acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal" y

lo distingue del intento de suicidio, que sería un “acto no fatal de autodestrucción a menudo con el propósito de movilizar ayuda”. Según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª, edición [DSM-V])*, editado por la American Psychiatric Association, el suicidio sería “el acto de causar de forma intencionada la propia muerte”, mientras que el intento sería “el intento de poner fin a la propia vida que puede conducir a la muerte”.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10 (Ministerio de Sanidad, 2018), el suicidio es considerado como un acto de resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, el cual espera un resultado letal y donde la muerte se sitúa como un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social (Sánchez Gallardo et al., 2018).

De manera más retrospectiva, Durkheim, en su obra “*El Suicidio*”, define al mismo de una forma que delimita la conducta suicida de otras, en las que también tienen como resultado la muerte, incluyéndole las características de intencionalidad y autoprovocación; “*toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado*”. Durkheim incidió por primera vez en las raíces sociológicas del suicidio, concretamente en el aislamiento social al que define como la falta de relaciones y soledad conducentes al suicidio y, la anomia, referida a cuando las instituciones tradicionales ya no son capaces de regular las necesidades sociales clave, que genera en la persona una falta de pertenencia individual y una sensación de desconexión con la sociedad. Igualmente, este autor, argumentó que a cada sociedad le corresponde un número de suicidios relacionados con las distintas tipologías del mismo:

- Suicidio egoísta, frecuente en sociedades donde el individuo carece de integración.
- Suicidio anómico, se daría en las sociedades cambiantes en la que se pierde el control social.
- Suicidio fatalista, en sociedades con un alto grado de regulación social.

- Suicidio altruista, donde el suicida se limitaría a representar lo que es la voluntad de su sociedad, pues en su acto intenta afirmar y prolongar sus significaciones. Sería frecuente en sociedades en las que el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad.

Igualmente, existe una dualidad terminológica del concepto de suicidio, concretamente la de la CDC (National Center for Injury, Prevention and Control) y la de Silverman et al. (2014). La CDC diferencia entre violencia autoinfligida, intentos de suicidio, otros comportamientos suicidas y el suicidio consumado, mientras que el estudio de Silverman et al. (2014) diferencia entre ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida.

El suicidio es un fenómeno difícil de predecir con exactitud, como afirman algunos autores como Conwell et al. (2012), ya que intervienen diversidad de factores asociados a la persona, como lo psicológico, lo psicosocial o la interacción de ambos.

A nivel jurídico en España, el suicidio sería uno de los tres tipos de muerte violenta, junto con la homicida y la accidental.

1.2. MAGNITUD DEL PROBLEMA. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS EN ESPAÑA Y A NIVEL MUNDIAL

En la gran mayoría de los países industrializados, los mayores de 65 años tienen la tasa de suicidios más alta respecto a los distintos grupos de edad. Aunque en los grupos de edad más jóvenes, los intentos de suicidio suelen ser de carácter impulsivo y comunicativos, en los ancianos generalmente son planificados e implican métodos de alta letalidad, que unido a la fragilidad propia de la edad y el vivir solos en la mayoría de los casos, conducen al desenlace fatal de la consumación suicida.

El suicidio es un problema de salud según la OMS, que estima que cada año mueren por este motivo más de 800.000 personas en el mundo, dando lugar a una ratio de 11.4 por cada 100.000 habitantes. En España, es la primera causa de muerte violenta, por encima de las muertes por accidente de tráfico, como indica el

Instituto Nacional de Estadística (INE en adelante). Siguiendo con la OMS, la tasa de suicidio estandarizado por edad en 2012 en España fue de 5,1 por 100.000 habitantes (8,2 en varones y 2,2 en mujeres), más bajo en comparación con países de nuestro entorno, como Francia (12,3), Alemania (9,2), Portugal (8,2), aunque más alta que Italia (4,7) o Grecia (3,8). Aunque actualmente, en el presente estudio (2013-2018), la tasa ha crecido significativamente y alarmantemente al 39,42 por 100.000 habitantes. Los intentos de suicidio suelen estimarse entre 10-30 por cada suicidio consumado y, una parte de estos intentos de suicidio no llegan a ser atendidos en ningún dispositivo de salud. En la misma línea, la OMS estima la tasa de suicidios en los mayores de 65 años en un 29,3 para los varones y un 5 para las mujeres por cada 100.000 habitantes. Otras investigaciones como la de Jacqueline et al. (2019), argumentan que durante los últimos veinte años (1997 a 2018), las tasas de muerte por suicidio han aumentado un 33%, de 10,5 a 14 por 100.000 habitantes.

Como generalidad, se podría decir que las tasas de suicidio son variables ya que se ha observado que aumentan con la edad (O.M.S. 2012). Los países con las tasas más altas de suicidio en mayores son países de la Unión Europea, Canadá, ESTADOS UNIDOS y varios países asiáticos como Japón, Singapur y Taiwan.

La OMS clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en función del número de suicidios por cada 100.000 habitantes al año, de modo que cifras inferiores a 5 suicidios/100.000 hab./año se consideran tasas bajas, entre 5 y 15 serían tasas medias, de 15 a 30 tasas altas y, por encima de 30, muy elevadas. Por lo que en la Comunidad de Madrid y en referencia a la presente investigación, la tasa suicida en los mayores es muy elevada (39,42).

España, por lo tanto, presentaría una tasa de suicidio en los mayores muy elevada según la OMS, sufriendo junto a Irlanda, uno de los incrementos en las tasas más altos de Europa y del mundo. Como precedente, en un tramo de cinco años (de 2013 a 2018) que comprende la presente investigación, ha pasado a ser la primera causa de muerte violenta en España, superando a los accidentes de tráfico, los actos delictivos y los de terrorismo. En España durante el año 2018, fallecieron por suicidio 3.650 personas, de los que casi un 5% eran adolescentes

(O.M.S). España ya es, tras Finlandia y Bélgica, el tercer país de Europa occidental con más suicidios.

Las personas de edad avanzada presentan las tasas más altas de suicidio en todo el mundo. A su vez, tienen las menores tasas de intentos de suicidio y esto, según diferentes estudios es debido a diversos factores, que hacen que la conducta suicida en el anciano sea de alta letalidad, consumándose el suicidio al primer intento en un gran número de casos.

Las tasas de suicidio en los ancianos varían entre las culturas y los países, aunque en contexto general la OMS revela el aumento de la prevalencia con la edad, concretamente y según la misma, en el caso de los hombres, la tasa asciende del 19,2% por cada 100.000 habitantes entre los 15 y 24 años, al 55,7% por cada 100.000 habitantes entre los mayores de 65 años. En las mujeres, los valores correspondientes ascienden a 5,6% por cada 100.000 y a 18,9% por cada 100.000 habitantes respectivamente.

1.3. CONDUCTA SUICIDA EN LOS MAYORES

Diversos criterios dentro del contexto clínico, afirman que el propósito de morir en el anciano suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos letales para concretar sus intenciones. Es una conducta suicida activa, no pocas veces reflexiva y premeditada.

El incremento de la letalidad de las conductas autolíticas en el anciano reflejan una disminución de su resiliencia física, un mayor grado de aislamiento social y una fuerte determinación de morir, que los lleva a escoger métodos violentos y letales para consumir su plan suicida, tal y como argumentan Garand y colaboradores (2006).

Los ancianos deprimidos verbalizan menos sus pensamientos suicidas que los adultos jóvenes, a pesar de presentar una frecuencia mayor de planes suicidas que de ideas pasivas de muerte (Fliege et al, 2009). Cattell y Jolley (1995) señalan que el 14% de los ancianos que consumaron suicidio recibían atención psiquiátrica, mientras un 43% habían estado en contacto con sus médicos generales en el mes previo al suicidio.

Son diversas y múltiples las razones o motivaciones para quitarse la vida en la tercera edad, aunque diferentes investigaciones como la de Pérez Barrero (2012), Maderuelo et al. (2015) y Echeburúa (2015) entre otros, coinciden en diversos factores comunes siendo éstos el deseo de “escape”, dolor físico o problemas somáticos, reducción de funcionalidad y de autonomía, percepción de soledad, problemas sociales, conflictos familiares, y una total falta de razones y sentido para seguir viviendo.

En definitiva, los rasgos distintivos de la conducta suicida en personas mayores son principalmente el uso de métodos letales, muestran menos señales de aviso, los actos son premeditados y reflexivos, muestran menos señales de aviso y pueden adquirir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir por no tomar la medicación, por no comer, etc).

En la primera versión del DSM-V se ha incluido el trastorno de comportamiento suicida en la sección correspondiente a trastornos que deben estudiarse en más profundidad antes de ser considerados un trastorno por sí mismo.

Existen numerosas propuestas de clasificación de las conductas suicidas como la propuesta de Bethancourt Santana et al. (2015), que distingue tres grandes grupos: ideación suicida, conductas relacionadas con el suicidio (clasificadas según la gravedad de las lesiones) y suicidio consumado. También incluye las lesiones autoinfligidas con intencionalidad desconocida y las conductas con intencionalidad de morir. Silverman et al. Incluyeron a su vez, la intencionalidad como variable para la clasificación y, añadieron la comunicación suicida como acto (verbal o no verbal) de amenaza o de planificación.

Otra clasificación de estos autores, distingue igualmente tres grupos:

- Ideación suicida:

Se trata de un concepto muy amplio, ya que abarca desde pensamientos fugaces relativos a que no vale la pena vivir, pasando por intensas preocupaciones de autodestrucción, hasta planes específicos y meditados, como planes

inespecíficos de cómo hacerlo para conseguir su deseo expreso de morir, además de pensamientos sobre el impacto de nuestra muerte en los demás.

La ideación suicida es la referida según la diversa literatura, al deseo expreso de morir, la idea de muerte por alguna causa, la idea de matarse ya sea con planes inespecíficos o con planificación detallada.

- Tentativa de suicidio:

Es un acto suicida cuyo resultado no es la muerte. Además del deseo propio de morir, encuadraría a otras intenciones conscientes como el chantaje, demanda de atención (histrionismo) o agredir psicológica y vengativamente a otras personas con la responsabilidad de la propia muerte.

- Suicidio consumado:

Se entiende por suicidio consumado todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo la muerte, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

1.4. TIPOLOGÍAS SUICIDAS PREVALENTES EN EL MAYOR

Existe una tipología de suicidios en el mayor ubicadas en el contexto de la motivación para realizar el acto autolítico como argumentan diversos autores e investigaciones, como la de Lindsay et al. (2019), Barbería et al. (2018), Tapanes López et al. (2015), Vargas Sanabria (2017), siendo éstas los siguientes:

1.4.1. Suicidio de escape – huida

Es el más común dentro de esta tipología específica y, se produce por refuerzo negativo, pretendiendo evitar una situación desagradable en la que se encuentran o puedan llegar a encontrarse este tipo de suicidas. Es un escape de una situación estimular agresiva.

1.4.2. Parasuicidio o suicidio del día después

Conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencionada se produce daño físico.

El objetivo del suicida sería conseguir cambios en el entorno a todos los niveles. El parasuicidio, intento de suicidio o gesto suicida, cuyos procedimientos y motivaciones no están propiamente dirigidas a producir el suicidio, sino que pueden ser a modo de chantaje, como un medio de demostrar su valentía o su ira o quizá la más importante, como forma de buscar un cambio en su situación personal. Incluye una gran variedad de comportamientos autolesivos, desde actos potencialmente peligrosos hasta actos sin ningún riesgo para la vida del paciente.

Por la variedad de situaciones en las que se puede llevar a cabo un gesto suicida y la gravedad que entrañan algunas de ellas, nunca se debe infravalorar su importancia: cualquier intento de suicidio debe ser considerado como una forma de enfermedad y debe ser remitido para asistencia psiquiátrica. Dentro de este grupo cabe distinguir el suicidio involuntario, gesto suicida que falla y se convierte en verdadero suicidio.

Cabe por ello preguntarse si se trata de dos poblaciones bien diferenciadas: los que efectúan un intento de suicidio con alta probabilidad de conseguir el objetivo de morir, y los que efectúan un intento en el que alcanzar la muerte resulta altamente improbable; o, por el contrario, se trata de un continuum poblacional que intenta el suicidio y en el que la probabilidad de lograrlo es variable a lo largo del mismo.

1.4.3. Suicidio Histriónico

El objetivo sería llamar la atención y manipular su entorno. Muchas veces se quedan sólo en el aviso y, lo hacen de tal modo que no sea probable la muerte; juegan con la amenaza de que podrían volver a intentarlo y hacerlo, pero en determinadas ocasiones pueden fallar en sus cálculos y realmente conseguir el resultado de muerte.

1.4.4. Suicidio Apático

Es un suicidio encuadrado en un contexto en el que la persona no encuentra ningún motivo para vivir, ni sentido a su vida. Puede darse de forma pasiva, donde se provoca la muerte de un modo semiinconsciente (como, por ejemplo, dejar de tomar la medicación necesaria para continuar viviendo) y, de forma activa, donde

la acción es planificada durante mucho tiempo, haciendo uso de métodos muy espectaculares.

1.4.5. Suicidio Esquizoide

No sería un suicidio al uso, ya que en este caso serían los delirios y las alucinaciones, los que inducirían a realizar actos temerarios con resultado de muerte.

1.4.6. Suicidio por balance

A veces existe el suicidio por balance cuando una persona, a pesar de sus esfuerzos prolongados durante mucho tiempo, llega a una situación económica, familiar o social en que para ella la vida carece ya de valor y de sentido o en que se encuentra sin fuerzas para afrontar más dificultades. Es decir, hay un hastío de la vida y una pérdida radical del deseo de vivir (Bobes et al., 2011).

Los suicidios por balance se dan principalmente en personas mayores, que consideran que en el futuro no van a enriquecer su proyecto de vida, que no van a desarrollarse más ni ellos ni sus familias y que realizan un examen existencial y vital con un tinte negativo y sin ninguna proyección de cara al futuro.

Esta situación se agrava cuando el estado de salud es negativo y les supone una limitación importante en su vida cotidiana. Hay ciertas variables que constituyen un factor de riesgo para la implicación en un suicidio por balance: dimensiones de personalidad, como la impulsividad y la rigidez cognitiva; estados afectivos, como la desesperanza; distorsiones cognitivas, como la sobre - generalización en el recuerdo autobiográfico negativo o las atribuciones de responsabilidad excesiva en los fracasos; estrategias defectuosas de resolución de problemas y, por último, algunas situaciones familiares o sociales, como la soledad, la humillación o estar en un callejón sin salida en las relaciones interpersonales.

Este riesgo aumenta cuando ha habido antecedentes de suicidio en la familia. De hecho, en algunas familias existen lealtades invisibles, algo así como reglas irracionales que se transmiten de padres a hijos a la hora de resolver conflictos.

1.4.7. Suicidio como reacción al dolor psicológico

En este tipo de suicidio, la conducta autolítica es una forma de escapar al dolor psicológico insoportable causado por emociones negativas como la culpa, la derrota, la humillación, el miedo, la vergüenza, el descrédito, la soledad, la aflicción, desesperanza, amor frustrado, necesidades insatisfechas, cólera y hostilidad entre otros.

A su vez, existen cuatro componentes de la conducta suicida, siendo estos la utilidad, la perturbación, la construcción y el cese; el primer componente hace alusión a la hostilidad hacia sí mismo en los momentos previos al intento autolítico, la perturbación hace referencia a la preocupación o inquietud de la persona.

Por su parte la construcción se refiere a la incapacidad de la persona para percibir todos los aspectos de la realidad haciéndose solo notables los negativos (efecto túnel).

Cuando todos estos factores se encuentran elevados, hay más posibilidades del intento de suicidio, siendo este el momento cuando la idea de cese, del descanso y de dormir eternamente se despierta presentándose como una solución posible. Desde este punto de vista una condición necesaria para el suicidio es un umbral disminuido frente al dolor psicológico, combinado con que la idea de cese dará fin al dolor.

1.5. MECANISMOS SUICIDAS EN LOS MAYORES

Autores de prestigio, como por ejemplo Corbellá, Guija Villa y Giner Jiménez (2018), coinciden en que los métodos de suicidio suelen ser muy clásicos y típicos, a pesar de las modificaciones que permiten los cambios técnicos. Es la parte más típica de la medicina legal y, básicamente, deben diferenciarse tres grandes grupos de mecanismos suicidas:

1.6.1. Asfixias

La persona tiende a quitarse la vida por un método que sea rápido, basado en impedir la respiración. Los dos métodos más típicos en este sentido son la constricción brusca y duradera de las vías respiratorias (ahorcadura) y la inmersión

en un medio, como el agua, que llene el pulmón e impida el intercambio de aire (asfixia por sumersión).

1.6.2. Traumatismos

Se buscaría el empleo de una fuerza que sea muy grande o específica y, produzca lesiones mortales en el propio organismo. Es el caso de una precipitación desde un lugar elevado, un atropello por tren y las armas de fuego y blancas.

1.6.3. Intoxicaciones

En este caso se utiliza el poder de la acción química intensa de una sustancia ajena al organismo. Los grandes venenos suicidas, como ocurre también con los homicidas, han ido variando a lo largo de la historia. En la actualidad, tienen gran interés los medicamentos, los productos domésticos, desde los cáusticos al gas, los plaguicidas en el medio rural y el cianuro.

En cuanto a los medios más empleados, serían los siguientes:

- A. **Ahorcadura:** en España, este es el mecanismo más frecuente de suicidio en cifras globales; concretamente, el 48,8 % de todos los suicidios. Es una forma de suicidio más típicamente rural y con predominio en el sexo masculino.
- B. **Precipitación:** es el segundo mecanismo en importancia cuantitativa en España (24 %). Más frecuente en varones que en las mujeres con una relación mínima de 2:1 hasta de 4:1.
- C. **Intoxicación por sustancias farmacológicas:** suponen el 66 % de todas las intoxicaciones suicidas. Si bien durante los años setenta fue clásica la utilización de barbitúricos, su uso disminuyó por las restricciones en su prescripción. En la década de los ochenta, los fármacos preferidos fueron los antidepresivos tricíclicos, para pasar posteriormente a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y las benzodiazepinas, a pesar de su escasa efectividad como método suicida. Por ello, hay que tener siempre en consideración la mezcla de diferentes medicamentos. Así, la sobredosis de psicofármacos es el método usado con mayor frecuencia (80%) suponen

el 11,5% con casi idéntica frecuencia en varones y mujeres. Dentro de este grupo deben considerarse numerosas sustancias, no todas del mismo interés, destacando el consumo de alcohol antes o durante el acto suicida, bien como parte de la tentativa suicida al aumentar la letalidad de determinados métodos, bien como facilitador de la puesta en marcha de este tipo de comportamientos, al aumentar la desinhibición para el acto.

- D. **Monóxido de carbono:** mucho más efectiva es la intoxicación por monóxido de carbono, donde el gas constituye el 9,3 % de todas las intoxicaciones, seguido del monóxido de carbono procedente de los tubos de escape de los automóviles.
- E. **Cáusticos:** mantienen una cierta importancia, no tanto numérica (el 18,1% de las intoxicaciones) como por el dramatismo de los casos: es una forma de muerte no rápida y dolorosa.
- F. **Mezclas de tóxicos:** mezcla de sustancias, como por ejemplo mezcla de medicamentos y alcohol o drogas.
- G. **Sumersión:** supone el mecanismo de suicidio en el 2,96% de los casos. Es una forma propia del medio rural, que se da más en zonas con grandes ríos o lagunas. También es bastante típica la precipitación voluntaria en un pozo.
- H. **Arma de fuego:** es el mecanismo más utilizado en algunos países, principalmente en ESTADOS UNIDOS., donde su disponibilidad es mayor que en nuestro medio. En nuestro país, constituye el 5,28% de todos los mecanismos suicidas, con mayor incidencia de las armas largas (escopetas) sobre las cortas (pistolas y revólveres). Además, este método es usado con una altísima frecuencia entre los varones (25:1).
- I. **Arma blanca:** representa el 2,1% del total de suicidios. De especial consideración, son las lesiones a nivel del cuello, con sección del paquete bascular y en la región precordial.
- J. **Atropello por ferrocarril:** según se recoge en los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), supone el 1,4% de los mecanismos y se

define como “arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento”. Es un tipo de suicidio que presenta la mayor lesividad externa del cadáver, con mutilaciones de gran extensión y destrozos orgánicos múltiples.

1.6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS MAYORES

La mayoría de las investigaciones relativas al suicidio son las referidas a la juventud y a los adultos, probablemente por la repercusión o alarma social que despiertan, pero la realidad, es que los mayores son los que tienen las mayores tasas suicidas. Las personas mayores constituyen el segmento de más rápido crecimiento de la población y el número absoluto de sus suicidios está en continuo crecimiento, resultando de seguir esta tendencia al alza, que probablemente para el año 2030 las cifras se pudieran duplicar, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo para prevenirlos y atenuarlos.

Generalmente, a partir de los 65 años en adelante y en ambos sexos, el diagnóstico clínico más común en la consumación suicida es la depresión mayor. A ello se le une la comorbilidad con abuso de sustancias, los trastornos de personalidad, las enfermedades físicas (dolores crónicos y traumáticos), ansiedad, desesperanza y los antecedentes de suicidio anteriores como principales factores o predictores de riesgo suicida en los mayores. Por ello y en relación a uno de los objetivos de la presente investigación, para proponer una prevención del suicidio de este grupo etario, es necesario y primordial conocer los factores de riesgo que lo predisponen.

En la literatura referente al suicidio consumado en los mayores, se mencionan múltiples factores de riesgo, de los que se tratarán únicamente aquellos relacionados con el contexto clínico y primario (referido al sexo), para su detección, evaluación y manejo por parte de los facultativos donde acuden generalmente los mayores (principalmente en atención primaria como muestra la literatura).

Variedad de autores, desde los más retrospectivos a los más contemporáneos como Agnus (2020), Barbería et al. (2018), Beautrais et al. (2005), Bethancourt et al. (2015), Bobes et al. (2011), Buitrago Ramírez et al. (2018) y Kumar et al. (2015) entre otros, coinciden en que el suicidio y sus variantes son el

resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.

Los autores anteriormente citados junto con otras investigaciones como la Pérez Barrero (2012), coinciden en que no existe una causa única que explique el comportamiento suicida y, para comprenderlo, es preciso considerar como múltiples factores de diversa índole se influyen recíprocamente y configuran una situación particular donde un individuo corre mayor riesgo de cometer algún acto relacionado con el suicidio. Poder identificar los factores de riesgo es esencial a la hora de intervenir y prevenir el suicidio.

El relacionar la edad avanzada como factor de riesgo favorecedor del suicidio se basa en que, desde el punto de vista psíquico, el proceso de envejecimiento se caracteriza por los siguientes hechos fundamentales (Aguera 2009):

- Las transformaciones corporales, tanto anatómicas como funcionales. La vivencia corporal cobra en el anciano una importancia singular. El cuerpo joven, sano y bien funcionante no se percibe conscientemente. Para muchos ancianos, el cuerpo "se nota todo el tiempo", es percibido con una mayor frecuencia y generalmente con una connotación negativa.
- Un aumento de la interioridad, o desapego psicológico, pasando a ocupar los elementos del exterior un lugar progresivamente menor. Los vínculos con figuras y acontecimientos externos a la persona se hacen menos frecuentes, aunque tienden a ser en consecuencia, más valorados.
- Una menor capacidad de adaptación al estrés y situaciones nuevas, con una mayor tendencia a la autoprotección y a la evitación.
- Un empobrecimiento del tejido relacional y social en el que se mueve el anciano, por pérdida de sus pares y el frecuente rechazo del entorno.

Muchos son los factores que unifican un estado proclive a que acontezca el dramático episodio del suicidio en el mismo (Szanto et al, 2010). Zarragoitía Alonso (2010) clasifica y define los factores en:

Tabla 1. Factores predisponentes. Zarragoitia Alonso (2010).

FACTORES PREDISPONIENTES	FACTORES CONTRIBUYENTES	FACTORES DESENCADENANTES
Estructura de personalidad: 1. Dependientes 2. Pasivo-agresivos 3. Obsesivos	Socioeconómicos	Crisis de la edad
Aprendizaje de las respuestas en situaciones de tensión.	Dinámica familiar.	Abandono.
Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neuroquímicas).	Grado de escolaridad	Aislamiento.
	Actividades laborales y de recreación.	Violencia.
	Pertenencia de un grupo étnico específico.	Muerte de familiares y allegados.
	Formas de violencia y maltrato.	Perdidas económicas.
	Jubilación.	Agudización de síntomas de enfermedades crónicas.
	Comorbilidad orgánica y mental.	Discapacidades y disfuncionalidad.
		Dependencia.

Aunque la literatura coincide generalmente en dos factores de riesgo en la conducta suicida de las personas mayores, siendo éstos el trastorno psiquiátrico (especialmente la depresión) y, el antecedente suicida, junto con los expuestos en la tabla anterior, existen otros factores muy relevantes como los que se mencionan a continuación.

1.6.1. Sexo

Como ya se ha mencionado y se abordará posteriormente, el riesgo para los varones de cometer un acto suicida es en promedio cuatro veces mayor que para las mujeres. En la mayoría de los países, las tasas de suicidio son mayores en los hombres que en las mujeres (ratio de 3:1), mientras que el porcentaje de intentos suicidas es mayor en las mujeres.

En la misma línea, Echeburúa, González Ortega, Corral y Polo López (2011) en su investigación, argumentan que la letalidad de la conducta suicida, los métodos utilizados, las motivaciones específicas y el riesgo de reincidencia, varían mucho en función del sexo y la edad, concretamente la incidencia del suicidio entre las mujeres es tres o cuatro veces menor que entre los hombres porque su habilidad letal o, lo que es más importante, su determinación para provocarse la muerte resultan inferiores, manifestando que entre las posibles razones de este hecho se puedan encontrar la misión de la mujer como protectora de la vida y su mayor rechazo hacia la violencia, por lo que recurre a métodos más pasivos y silenciosos, tales como la intoxicación con fármacos o la inhalación de monóxido de carbono. Asimismo, los hombres son más impulsivos, tienen una menor tolerancia al sufrimiento crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos. En tanto, el mayor índice de suicidios masculinos guarda relación con la forma en que el hombre vive sus dificultades personales: el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja, no suele hablar de sus problemas, por lo que no libera su carga de sufrimiento y vive en general con mayor estrés y angustia su actividad laboral (Echeburúa, González-Ortega, Corral y Polo-López, 2011).

1.6.2. Edad

Argumenta Enrique Echeburúa (2015), que, si bien el suicidio se produce fundamentalmente en las edades medias de la vida, hay actualmente dos picos crecientes en las cifras obtenidas: la adolescencia/juventud (el 25% del total de suicidios consumados) y la vejez, como es el caso. A medida que avanza la edad, la ratio entre las tentativas de suicidio y el suicidio consumado es menor, lo que implica que en las personas adultas una gran parte de las tentativas suicidas acaba por consumarse, según Tapanes López et al. (2015).

Entre las motivaciones de los ancianos, referidas a la edad, diversas investigaciones como la de Pérez Barrero (2012), Fazel y Runeson (2020) y Lindsay et al. (2019) entre otros, figuran la soledad, en el caso de la pérdida de pareja o de abandono de los hijos, la sensación de ser una carga para los demás y las enfermedades crónicas graves, sobre todo cuando generan depresión, malestar, incapacidad funcional y aislamiento social, unido a los factores ya mencionados, como enfermedades mentales, físicas y dolor crónico. Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo que les lleva a ser el grupo de mayor letalidad y consumación suicida en España.

1.6.3. Enfermedad mental. Especial atención a la depresión mayor y psicótica junto a los antecedentes de reincidencia de intento autolítico (conducta suicida previa)

El suicidio surge, de manera general, cuando la persona afectada tiene pensamientos objetivos de que su propia existencia es insoportable y que la única vía de escape, ya sea del dolor físico o emocional, de la enfermedad terminal, de los problemas económicos, de las pérdidas afectivas o de otras circunstancias como la soledad, es la muerte.

La enfermedad mental es un factor de riesgo muy elevado, ya que se presenta en el 90% de los suicidios, con mayor riesgo suicida aún, si presentan más de un diagnóstico psiquiátrico (Lindsay et al., 2019). Existe un acuerdo general entre varias investigaciones y autores respecto a que el padecimiento de trastornos mentales aumenta considerablemente el riesgo de cometer algún acto suicida; estimándose que entre un 90 y un 95% de las personas que someten suicidio

padecen algún trastorno mental (Lindsay et al., 2019, Mind Information Sheet, 2008; Hawton 2005, Qin, 2000; Kaplan y Sadock, 2003; OPS, 2003). Casi el 95% de las personas que cometen suicidio o lo intentan padecen un trastorno mental diagnosticado, siendo en el 80% de los casos un trastorno depresivo, el 10% esquizofrenia y el 5% otros trastornos. De todos, el 25% también presenta trastorno por abuso de sustancias (Lindsay et al., 2019, Vargas Sanabria et al. 2017, Kaplan y Sadock, 2003; Mind Information Factsheet, 2008).

Por ello, es importante destacar el alto riesgo de suicidio que presenta el anciano depresivo, riesgo que es cuatro veces mayor que el observado en deprimidos de menor edad, como indican diversos estudios. Por ejemplo, en esta variedad de estudios relativos a las conductas suicidas de los ancianos, los trastornos depresivos tuvieron una prevalencia de entre el 57% y el 63%; haciendo un análisis comparativo de estadísticas a nivel nacional, se observó igualmente que la tasa de suicidio en ancianos es mayor que en el resto de población en 19 de los 20 países donde se realizaron dichos estudios, como el de Lindsay et al. (2019) y en la misma línea el de Vargas Sanabria et al. (2017).

La sintomatología psicológica general del anciano tendente al suicidio, presenta normalmente desesperanza, insomnio, irritabilidad, angustia, incomunicación familiar y social, pasividad, apatía, desinterés y agitación constante entre otros. Este cuadro, suele presentarse de forma atípica, otorgando al anciano unas quejas somáticas con matices hipocondríacos de depresión enmascarada, a las cuales se sumaría la falta de interés, trastornos conductuales, ideas delirantes persecutorias y déficit cognitivo.

La depresión suele establecer una disfuncionalidad mental que acerca al anciano a un estado disfórico, donde la rutina diaria carecería de objetivos e implicaría que el anciano tuviera percepciones de inutilidad que a su vez le potenciaría “un deseado” intento autolítico.

En cuanto a la depresión mayor o trastorno depresivo mayor (TDM en adelante), diversas investigaciones como la Echeburúa (2015), considera que hasta un 2% de la población mayor puede experimentar TDM, las mujeres representan más de la mitad de esta cifra. Los criterios diagnósticos más aceptados

en esta categoría diagnóstica, cuando es aplicada a mayores, incluyen persistentes sentimientos de tristeza, vacío emocional, desesperanza, anhedonia, apatía, insomnio o hipersomnia, retardo psicomotor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas. En ancianos así afectados, la fragilidad física se hace más evidente, por lo que es importante atribuir correctamente al TDM síntomas físicos tales como dolores difusos, fatiga y constipación. Muchos ancianos con TDM permanecen en cama largas horas del día y pueden exhibir dependencia y negativismo que, en casos, alcanza niveles psicóticos. El deterioro funcional puede ser similar al que se observa en enfermedades médicas graves.

En cuanto a la psicosis, tendría menos prevalencia que el TDM en los ancianos, que aparecerían como cuadros psicóticos de evolución tardía. Estas psicosis evolutivas presentan potencialidad suicida cuando las ideas de muerte aparecen relacionadas con las producciones delirantes o con alucinaciones auditivo-verbales de contenido autolítico en el mayor. Esta potencialidad suicida de la psicosis crece de manera significativa cuando se combina con el alcohol. En cuanto a la conducta suicida previa, el hecho de haber tenido algún intento de suicidio previo es el factor de riesgo conocido más importante para el suicidio consumado. Los últimos estudios indican que el riesgo de morir por suicidio en sujetos con intentos de suicidio está entre el 2 y el 3,5 por ciento y, en su mayoría lo hacen al año del primer intento. Se estima un riesgo 40 veces superior de suicidio que el resto de la población.

1.6.4. Otras patologías mentales en el mayor asociadas a la conducta suicida. Mención a la relación suicidio con la enfermedad física y dolor crónico.

En este sentido, hay que referenciar al estudio realizado por Corbella, Guija Villa y Giner Jiménez en Gisbert Calabuig (2018), distinguiendo los siguientes:

- 1.6.4.1. *Trastornos del estado de ánimo*:** este es el diagnóstico que se asocia con mayor frecuencia al suicidio. Las fases donde más ocurren los suicidios son las iniciales de la enfermedad, y lo cometen más hombres que mujeres. Los factores asociados a mayor riesgo son el aislamiento, estado civil soltero, y en especial, quienes hayan recibido recientemente el alta

psiquiátrica. (Kaplan y Sadock, 2003). Se estima un 20% de mayor riesgo para aquellos que tienen episodios recurrentes de depresión, aunque también se estima que numerosos casos de suicidio en la población general pueden haber experimentado trastornos depresivos sin diagnosticar. El diagnóstico de depresión incluye como un síntoma posible la ideación suicida, cuya intensidad se correlaciona con la intensidad del episodio depresivo. Sin embargo, el acto físico suicida no se vincula con la gravedad del episodio depresivo, sino más bien, el pasaje al acto es más factible de darse en el momento en que el sujeto está saliendo de un episodio depresivo que cuando está en el peor momento del mismo. Esto puede estar vinculado con niveles extremadamente bajos de energía y falta de motivación general, típicos del momento más grave del episodio depresivo (Mind Information Factsheet, 2008). Según la OPS (2003) detectar un cuadro depresivo en la población masculina es de gran dificultad, ya que buscan ayuda médica con mucha menor frecuencia que las mujeres; tienen mayor dificultad para expresar sus estados emocionales y muchas veces incurren en actos de violencia o maltrato hacia los demás y al consumo de alcohol y otras sustancias (OPS, 2003).

1.6.4.2. Trastorno distímico (distimia): También llamada “depresión crónica” o “depresión menor”, la diferencia fundamental con el TDM es el menor grado de severidad, aun cuando el impacto en la vida del mayor puede ser igualmente importante. La distimia puede también sobrevenir acompañada por distrés ansioso, rasgos melancólicos o los llamados rasgos atípicos tales como disturbios alimentarios y sueño irregular.

1.6.4.3. Enfermedad física y suicidio: Existe amplia evidencia, según diversos estudios, de que la *enfermedad* física y el grado de discapacidad que produce está íntimamente ligado al suicidio en ancianos, población en la cual son prevalentes y, sin embargo, las estrategias de prevención del suicidio son escasas.

El riesgo relativo para suicidio en estos pacientes es 1.5 a 4 veces mayor que en los ancianos que no presentan limitaciones o enfermedades físicas. Los

estudios de asociación muestran que los ancianos con neoplasias tienen un riesgo de cometer suicidio dos veces mayor comparados con los ancianos que no presentan esta patología. También se ha observado que entidades médicas como el HIV/Sida, la epilepsia, la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple, la enfermedad ácido péptico, los trastornos renales, las enfermedades pulmonares crónicas, el lupus sistémico y las lesiones de la médula espinal muestran asociación con el comportamiento suicida en la vejez, como argumentan Barbería et al. (2018).

El riesgo de suicidio asociado con una enfermedad física es relativamente pequeño, pero en la medida en que un individuo padece una nueva enfermedad o una condición crónica el riesgo se incrementa en forma acumulativa. Juurlink y colaboradores (2004) en un estudio realizado en Canadá, encontraron que los ancianos que padecen tres enfermedades físicas tienen un riesgo de suicidio tres veces mayor al compararlos con aquellos que no sufren ninguna enfermedad y que los adultos mayores con siete o más padecimientos físicos tienen un riesgo nueve veces mayor de suicidarse.

Más allá del número de enfermedades padecidas son la percepción de salud y las limitaciones funcionales, el dolor o la amenaza a la integridad y la autonomía del anciano las que juegan un papel importante en el desencadenamiento de la conducta suicida. Conwell y colaboradores (2012), observaron en un análisis multivariado que la presencia de cualquier limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria presenta correlación significativa con el riesgo de suicidio, independientemente de los efectos físicos o mentales producidos por la enfermedad física. Es preciso recordar que las actividades instrumentales de la vida diaria corresponden a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interactuar con el medio, como realizar las tareas domésticas, la movilidad, la administración del hogar y de la propiedad, el utilizar el teléfono, recordar tomar la medicación, tomar un autobús, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, poder pasear, ir al médico y administrar el propio dinero, entre otras.

1.6.4.4. Dolor crónico: Son escasos los estudios sobre el tema, pero los resultados obtenidos señalan que la asociación entre suicidio y dolor crónico es mayor en hombres que en mujeres.

El síndrome doloroso que suele acompañar a varias de las enfermedades propias de la senectud se caracteriza por el escaso componente neurovegetativo y por un marcado compromiso psicológico que suele desembocar en la depresión con ideación suicida, especialmente luego de la desesperanza que invade al paciente como consecuencia del gran número de consultas médicas realizadas y tratamientos recibidos que no han solucionado sus padecimientos. Por lo tanto, la asociación de dolor crónico y depresión en la senectud es altamente frecuente. No obstante, debe recordarse que un paciente con dolor crónico puede padecer en realidad una depresión enmascarada, con ausencia de los síntomas depresivos clásicos, lo que eleva considerablemente el carácter suicidógeno de estos cuadros.

1.7. NEUROBIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Existe una gran cantidad de estudios sobre las bases biológicas de la conducta suicida, que estudian desde marcadores periféricos *in vivo* a muestras *post mortem*, en donde se estudia la actividad de distintos receptores, rutas enzimáticas o expresión genética. Los principales hallazgos indican que hay alteraciones en el sistema serotoninérgico y noradrenérgico, aunque hay indicios de disfunciones en nuestros sistemas como el glutamatérgico o el gabaérgico. Otros hallazgos importantes se han encontrado en el eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal (HHS), en el sistema inmunitario y en los segundos mensajeros, argumentan Corbella, Guija Villa y Giner Jiménez (2018).

Igualmente, estos autores, argumentan que hay distintos modelos que tratan de explicar la conducta suicida, desde un punto de vista sociológico hasta el psicológico. De estos modelos el que favoreció el punto de inicio para la investigación multidisciplinar fue el modelo de superposición de Blumenthal, quién basándose en el modelo biopsicosocial, superponía factores de riesgo biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. En la actualidad destaca el modelo de estrés-diátesis de Mann, sobre el que Oquendo ha seguido perfilando. Este modelo se basa en los hallazgos encontrados en sujetos con intentos de suicidio. El modelo de Mann está basado en la existencia de factores predisponentes que requieren un factor precipitante para que la conducta suicida aparezca. Entre los primeros estarían la disfunción serotoninérgica que relacionada con la impulsividad, y la noradrenérgica relacionada con la desesperanza, así como todos los antecedentes

personales y familiares además de las propias experiencias. Sobre este terreno abonado, la aparición de una enfermedad psiquiátrica o acontecimiento vital importante precipitan la aparición de ideación suicida y el paso al acto.

1.8. LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA. HERRAMIENTA OBJETIVA PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. PERJUICIOS

El término de autopsia psicológica comenzó a utilizarse a finales de los años cincuenta, cuando el Centro para la Prevención del Suicidio de los Ángeles (ESTADOS UNIDOS), comenzó a recibir un alto número de casos de fallecimiento en los que existían dudas para determinar si realmente constituían casos de suicidio o se trataban de muertes accidentales. En la misma línea, ya en los años noventa, la Dra. García Pérez, desarrolló el modelo de autopsia psicológica integrada (MAPI), donde se recogían datos de los ejes vitales de la persona que ha fallecido de muerte dudosa o poco esclarecedora (autolisis, accidente o violenta).

Conceptualmente, la autopsia psicológica es una reconstrucción retrospectiva e indirecta de la personalidad y vida del sujeto, procurando un análisis detallado de la *psique* sin contar con la presencia de dicho sujeto.

Para determinar la causa de la muerte en los casos indeterminados, además de la autopsia médico – legal, se recogían datos del atestado policial y de las circunstancias de la muerte. El papel original de la autopsia psicológica, está plenamente cubierto por la acción de los médicos forenses a la hora de diagnosticar una muerte de etiología suicida, ya que se tienen en cuenta las circunstancias de la muerte, los antecedentes y la autopsia médico – legal, ya sea por acceso al historial médico o por información de los familiares y conocidos. En la actualidad, la autopsia psicológica supone el método científico más fiable de estudio del suicidio. En este sentido cómo se considera un proceso desarrollado para evaluar conductas, rasgos psicológicos y psicopatológicos, relaciones sociales mantenidas por un individuo que ha fallecido, antecedentes médico-quirúrgicos y tratar de llegar a un diagnóstico psiquiátrico, si lo hubiera. Para algunos autores es un tipo de evaluación psicológica que, sin efectuar una observación directa, nos permite acceder a una cantidad y un tipo de datos mayor que cualquier otro proceso

evaluativo. Es un procedimiento que cada vez adquiere mayor importancia en la investigación sobre los factores de riesgo, y es factible que lo lleven a cabo psicólogos, psiquiatras y médicos forenses especialmente entrenados en esta materia.

Como argumentan Corbella, Guija Villa y Giner Jiménez (2018), existen algunas cuestiones importantes en la metodología de la autopsia psicológica, como la fiabilidad, informadores, tiempos, posibles perjuicios (como se comentará más adelante) y contenido. En relación a la fiabilidad de los datos obtenidos, hay evidencias de la existencia de datos que indican la elevada correlación en la capacidad de detección de patología psiquiátrica mediante la entrevista a familiares. En cuanto a la cuestión de la elección del o de los informadores, la mayoría de los estudios refieren que entrevistan al cónyuge o a los familiares más cercanos, aunque también pueden complementarse con amigos cercanos, profesionales sanitarios, historial médico y profesores en el caso de jóvenes. La aceptación a colaborar por parte de los familiares es alta y se aquí suele ser superior al 80%, llegando en algunos estudios, a ser del 100%. El tiempo o momento en qué se hagan las entrevistas varía según los deseos de los familiares y el diseño del estudio. Los investigadores europeos y americanos recomiendan un periodo superior a los 2-3 meses e inferior a las 6 - 12 meses, con objeto de permitir el duelo y que la información no se vea afectada.

Como se comentaba anteriormente, en relación a la existencia de posibles perjuicios, cabe destacar la acción terapéutica que ejerce la autopsia psicológica sobre la familia del difunto, ya que la mayoría de los familiares ha valorado positivamente la entrevista. Por último, el contenido de la autopsia psicológica también es un tema controvertido al no encontrarse estandarizado y, son numerosos los intentos por sistematizarla.

1.9. PROBLEMAS MÉDICO – LEGALES EN EL SUICIDIO

A este respecto Gisbert Calabuig (2018), argumenta que es preciso hacer algunas consideraciones desde un punto de vista global, del problema del suicidio, todas ellas tendentes a establecer el diagnóstico diferencial entre la etiología intencionada (suicida u homicida) o accidental, e incluso para diferenciarlo de una

muerte natural. En estos casos, la autopsia psicológica puede proporcionar una información decisiva. Los datos de mayor interés se centran en el análisis de cada caso concreto.

En este punto y según Corbella, Guija Villa y Giner Jiménez (2018), hay que hacer mención al levantamiento del cadáver, lo cual permitiría la obtención de datos de primera mano sobre las circunstancias de la muerte. Es importante, en cada caso, establecer el diagnóstico diferencial entre la muerte natural o violenta, si esta fue accidental o intencionada y, en este último caso, si la etiología fue homicida o suicida. Debe tenerse claro que el diagnóstico diferencial entre el suicidio y el accidente, tiene menos trascendencia judicial y a menudo, en casos socialmente claros, puede no haber necesidad de seguir la investigación. Esto ha sido válido sobre todo en épocas en donde la valoración ética del acto suicida era mucho más importante y, un diagnóstico exacto, podría ser motivo de crear problemas sociales, por ejemplo, para el entierro católico. Sin embargo, el diagnóstico exacto tendría gran trascendencia cuando debe diferenciarse un suicidio de un homicidio. En tal caso, el experto debe tener presente la posibilidad de que haya procurado, de manera intencionada, orientar el diagnóstico en sentido equivocado, presentando las circunstancias que rodean el óbito de forma que hagan pensar en suicidio. A los efectos de este diagnóstico diferencial, tendrían gran trascendencia, los siguientes elementos según los autores antes mencionados:

- **Mecanismo de la muerte:** Algunas formas de muerte tienden a hacer pensar directamente en el suicidio, como por ejemplo la ahorcadura. El hallazgo del cadáver de un ahorcado, orienta en primer lugar hacia el suicidio, incluso las lesiones encontradas en la autopsia pueden ser muy características del suicidio, si se ahorcó un cadáver reciente, cuando aún no se habían establecido las livideces típicas de la posición horizontal. En este caso, pueden producirse todavía las hipostasis típicas en las extremidades inferiores. Igualmente, el hallazgo de lesiones vitales en el cuello no siempre es lo suficientemente claro.
- **Lesiones externas:** Un hecho de extraordinaria importancia es encontrar lesiones externas no específicas que pudieran interpretarse como signos de lucha. No siempre es fácil distinguir la naturaleza de estos signos y, en

ocasiones, se puede inducir a error, por ejemplo, en el caso de muertes por sumersión con lesiones por golpes contra rocas o incluso por mordeduras de animales marinos. Más difícil puede ser el diagnóstico en casos de precipitación o atropello por tren, que ya presentan por sí mismo grandes lesiones. En este sentido, es fundamental el diagnóstico de vitalidad de las lesiones, para excluir que se pretenda hacer interpretar como suicidio el estudio de un cadáver que ha sido víctima de un homicidio.

- **Datos específicos:** Directamente relacionado con el levantamiento del cadáver, está el hallazgo de algunos datos específicos, como son las cartas de despedida, las cuales son un elemento importante por su frecuencia y, que deben ser analizadas con el mayor rigor para verificar su autenticidad. Los datos que tendrían mayor interés en estas cartas sería el aspecto formal de la misma, tipo de escrito, longitud del mensaje y contenido.

En definitiva, las muertes por suicidio no son siempre identificables. En la misma línea, Giner y Guija (2014), exponen que, en los casos por suicidio por ahogamiento, accidente de tráfico e incluso casos de muerte por sobreingesta de fármacos o tóxicos, son difíciles de distinguir de una muerte violenta accidental. Otras muertes de etiología suicida, como por ejemplo la ahorcadura, armas de fuego o blancas, pueden resultar más sencillas de identificar por signos indirectos y directos (señales de lucha, estudio microscópico de la vitalidad de las heridas, entre otros). Por ello, la determinación de una muerte como suicida, pudiera ser más específica que sensible; es posible que no se identifiquen todos los suicidios producidos, pero los que son identificados como suicidios, lo son de manera irrefutable y sin género de dudas.

HIPÓTESIS

1. HIPÓTESIS

- El mecanismo suicida en las personas mayores se caracterizará por la elección de los métodos suicidas letales posibles, buscando la consumación del acto suicida o muerte certera.

- Será más frecuente el suicidio en los mayores varones que en las mujeres mayores.

- Aquellos períodos del año con periodos vacacionales, donde la soledad del mayor se agudiza, favorecen el acto suicida.

- Las técnicas empleadas están en función de la disponibilidad y capacidad de autonomía del mayor, siendo utilizados los más accesibles para el mismo.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Existen numerosos factores de riesgo en el comportamiento suicida y las medidas de prevención y tratamiento se basan en un conocimiento de estos factores. Si bien desde hace tiempo se cuenta con diversas medidas preventivas, muy pocas han mostrado un efecto considerable para reducir el comportamiento suicida o han producido resultados poco sostenibles a largo plazo (Goldney 2000). Es por ello necesario estudiar las variables sociales, ambientales y de cualquier índole que participen en la consumación del acto autoagresivo con resultado de muerte para configurar una idea real y orientativa de la fenomenología del suicidio y así poder incidir en la prevención utilizando datos lo suficientemente válidos como para trabajar con ellos. Por ello, el objetivo principal es:

- Analizar los casos de suicidio consumado durante los años 2013 al 2018 (ambos inclusive) de personas mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, así como la etiología de los mismos, mecanismo suicida, edad, sexo, día y mes de la consumación suicida y tasas, para configurar una idea real de la fenomenología suicida en el mayor.
- Una vez analizadas las variables suicidas y teniendo una idea real y empírica de la fenomenología suicida en el mayor, desde un marco clínico-psicológico y criminológico teniendo en cuenta los factores de riesgo y/o predictores del riesgo suicida, proponer una prevención específica para minimizar lo máximo posible este grave problema social.

METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

En las Estadísticas del Suicidio en España del INE, el último intervalo de edad que se considera para la especificación de la mortalidad por suicidio es el de 60 y más años (Rúbricas E950-E959 de la Nomenclatura Internacional Detallada de causas de muerte), por ello se ha decidido a la hora de realizar la presente investigación, tomar la edad de 65 años en adelante a efectos demográficos y estadísticos como el comienzo de la ancianidad.

La presente investigación analizará con carácter retrospectivo los casos de suicidio consumado en mayores de 65 años, que es la principal causa de muerte violenta, durante los años comprendidos entre el 2013 y el 2018 (ambos inclusive) en la Comunidad de Madrid. Se trata de un total de 430 muertes suicidas en mayores de 65 años en dicho período (N= 430).

Para ello, se recogen los datos de estos suicidios consumados con sus respectivas autopsias judiciales que figuran en la base de datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, tras obtener los permisos pertinentes del responsable de la Institución como de la Autoridad Judicial adscrita, donde figuran datos concretos de la edad, género, causa y mecanismo suicida, mes, día de la semana y año de los mayores suicidas.

Estos datos y su tratamiento están debidamente anonimizados para preservar la intimidad e identidad de los finados, garantizando las obligaciones establecidas en la Ley de Investigación Biomédica de 2007, así como la actual normativa sobre protección de datos.

Posteriormente, estos datos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS 25.0, tomando como nivel de significación $p < 0,05$, que determinará los datos prevalentes y significativos de las variables de interés de la presente investigación para su posterior interpretación y aplicación empírica a la tesis. Estos resultados en su totalidad, así como los datos recogidos en el Instituto Anatómico Forense de Madrid sobre el suicidio en mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, estarán disponibles en el apartado de Anexos de la presente investigación.

Según Gisbert Calabuig (2004), la autopsia judicial tiene como objetivo reconstruir la causa de la muerte y las circunstancias que la rodean, proceso que comienza cuando llega al juzgado la noticia de un fallecimiento por causa violenta, en este caso suicida, culminando con la emisión del informe definitivo forense.

Por ello, los informes de las autopsias de las cuales se han recopilado los datos y la información de la presente investigación, contienen las siguientes variables relevantes para la presente investigación (**en negrita los que han sido facilitados**):

1. Datos de la identificación de la persona fallecida.
2. Descripción o examen externo del cadáver.
3. Descripción de la técnica utilizada en la autopsia.
4. Descripción objetiva de los hallazgos de la autopsia y recogida de muestras biológicas para los exámenes complementarios.
5. Consideraciones médico – legales donde se establece la etiología médico – legal basada en los hallazgos y en un enfoque científico.
6. Transmisión de las conclusiones con un lenguaje claro y conciso.
7. **Etiología de la muerte.**
8. **Mecanismo de la muerte.**
9. **Data de muerte que incluye el día, mes y año.**
10. **Sexo y edad del fallecido (en la presente investigación, se ha dividido la edad por grupos etarios: de 65 a 69 años, de 70 a 74 años, de 75 a 79 años, de 80 a 84 años, de 85 a 89 años y de 90 o más años.**

A su vez, el análisis metodológico de la presente investigación será complementado con una investigación bibliográfica extensa de carácter

retrospectivo y actual, para cotejar la situación suicida del mayor, incluyendo opiniones de autores e investigaciones en la parte descriptiva que refuercen o refuten los datos obtenidos.

Dicha investigación bibliográfica está basada en el contexto médico legal, psiquiátrico, psicológico, sociodemográfico, epidemiológico, estadístico, temporal-estacional, de género y edad que, junto con los datos obtenidos, obtendremos una realidad científica y empírica sobre la consumación suicida en el mayor para así poder conocerla con rigor, prevenirla y reducirla a la mínima expresión dentro de las ciencias relacionadas de referencia.

La investigación bibliográfica se planificó para el período comprendido entre octubre de 2015 y enero de 2020 utilizando bases de datos como PudMed, Scopus, Web of Science y Google Scholar, discriminando desde criterios generales o ambiguos a específicos que aportaban datos relevantes, tales como estudios observacionales, estudios de cohortes, estudios transversales, estudios cualitativos y teoría fundamentada.

También se han tomado datos de instituciones estadísticas para observar la prevalencia y tasas suicidas en el mayor a nivel nacional e internacional para cotejarlo con la presente investigación y comprobar la incidencia actual real.

Finalmente, para la gestión de dicha bibliografía se ha utilizado la plataforma Mendeley, donde han quedado registrados los resultados de las búsquedas y las citas correspondientes en formato APA, evitando así la duplicación de artículos y citas, además de optimizar y funcionalizar la búsqueda de información.

RESULTADOS

5. RESULTADOS.

Para calcular la tasa porcentual por cada 100.000 habitantes de la consumación suicida de la presente investigación, se ha tomado como referencia los datos del INE durante el período de la misma (2013-2018, ambos inclusive), sobre la población existente en la Comunidad de Madrid, discriminándola por grupos etarios y género, quedando distribuido de la siguiente manera:

■ **DATOS INSTITUTO ANATÓMICO FORENSE DE MADRID (IAF).**

■ **DATOS INE.**

Población total en la C. Madrid de mayores de 65 años en el período investigado (2013 a 2018) por grupo etario y sexo (INE):

Grupo etario	Varones	Mujeres
70-74 años.	664.943	827.547
75-79 años.	496.348	683.719
80-84 años.	393.769	625.040
85-89 años.	215.589	430.649
90 y más años.	91.856	264.946
Total	2.701.687	3.841.987

Año 2013 (INE).

Población total ambos sexos y edades en la C. Madrid (6.495.551).

Población de mayores de 65 años por grupo etario y sexo:

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años.	134.261	160.627
70-74 años.	95.677	119.049
75-79 años.	85.121	119.804
80-84 años.	61.531	100.257
85-89 años.	31.073	64.639
90 y más años.	12.426	38.558
Total	420089	602934

Año 2013 (IAF).

Suicidios consumados en la C. Madrid por grupos etarios y sexo (datos obtenidos en el Instituto Anatómico Forense de Madrid) y tasa por cada 100.000 habitantes respecto al INE.

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años	15	5
Tasa x 100.000 Hab.	11,17	3,11
70-74 años	9	7
Tasa x 100.000 Hab.	9,4	5,87
75-79 años	7	2
Tasa x 100.000 Hab.	8,22	1,66
80-84 años	12	5
Tasa x 100.000 Hab.	19,5	4,98
85-89 años	4	2

Tasa x 100.000 Hab.	12,87	3,09
90 y más años	1	0
Tasa x 100.000 Hab.	8,04	0
Total	48	21

Año 2014 (INE).

Población total ambos sexos y edades en la C. Madrid (6.454.440).

Población de mayores de 65 años por grupo etario y sexo:

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años.	138.345	166.114
70-74 años.	102.092	126.500
75-79 años.	82.987	115.909
80-84 años.	63.782	102.566
85-89 años.	32.768	67.439
90 y más años.	13.819	40.870
Total	433.793	619.398

Año 2014 (IAF).

Suicidios consumados en la C. Madrid por grupos etarios y sexo (datos obtenidos en el Instituto Anatómico Forense de Madrid) y tasa por cada 100.000 habitantes respecto al INE.

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años	9	3
Tasa x 100.000 Hab.	6,5	1,8
70-74 años	6	6
Tasa x 100.000 Hab.	5,87	4,74
75-79 años	7	2
Tasa x 100.000 Hab.	8,43	1,72
80-84 años	11	5
Tasa x 100.000 Hab.	17,24	4,87
85-89 años	5	4
Tasa x 100.000 Hab.	15,24	5,93
90 y más años	7	0
Tasa x 100.000 Hab.	50,6	0
Total	45	20

Año 2015 (INE).

Población total ambos sexos y edades en la C. Madrid (6.436.996).

Población de mayores de 65 años por grupo etario y sexo:

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años.	140.147	168.801
70-74 años.	111.830	138.102
75-79 años.	78.423	109.715
80-84 años.	65.628	104.041
85-89 años.	34.765	70.097
90 y más años.	14.965	43.398
Total	445.758	634.154

Año 2015 (IAF).

Suicidios consumados en la C. Madrid por grupos etarios y sexo (datos obtenidos en el Instituto Anatómico Forense de Madrid) y tasa por cada 100.000 habitantes respecto al INE.

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años	8	6
Tasa x 100.000 Hab.	5,70	3,55
70-74 años	9	4
Tasa x 100.000 Hab.	8,04	2,89
75-79 años	8	4
Tasa x 100.000 Hab.	10,2	3,64
80-84 años	9	3
Tasa x 100.000 Hab.	13,71	2,88
85-89 años	11	3
Tasa x 100.000 Hab.	31,6	4,27
90 y más años	4	1
Tasa x 100.000 Hab.	26,7	2,3
Total	49	21

Año 2016 (INE).

Población total ambos sexos y edades en la C. Madrid (6.446.996).

Población de mayores de 65 años por grupo etario y sexo:

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años.	140.522	169.183
70-74 años.	113.393	140.556
75-79 años.	83.010	114.388
80-84 años.	66.524	104.669
85-89 años.	36.900	76.602
90 y más años.	15.822	45.237
Total	456.171	650.635

Año 2016 (IAF).

Suicidios consumados en la C. Madrid por grupos etarios y sexo (datos obtenidos en el Instituto Anatómico Forense de Madrid) y tasa por cada 100.000 habitantes respecto al INE.

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años	11	5
Tasa x 100.000 Hab.	7,82%	2,95
70-74 años	10	5
Tasa x 100.000 Hab.	8,81	3,55
75-79 años	8	4
Tasa x 100.000 Hab.	9,63	3,49

80-84 años	7	4
Tasa x 100.000 Hab.	10,52	3,82
85-89 años	7	0
Tasa x 100.000 Hab.	18,97	0
90 y más años	4	2
Tasa x 100.000 Hab.	25,28	4,42
Total	47	20

Año 2017 (INE).

Población total ambos sexos y edades en la C. Madrid (6.507.184).

Población de mayores de 65 años por grupo etario y sexo:

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años.	142.055	171.369
70-74 años.	118.305	148.107
75-79 años.	82.443	111.350
80-84 años.	68.209	106.878
85-89 años.	38.863	74.593
90 y más años.	16.915	47.400
Total	466.790	659.697

Año 2017 (IAF).

Suicidios consumados en la C. Madrid por grupos etarios y sexo (datos obtenidos en el Instituto Anatómico Forense de Madrid) y tasa por cada 100.000 habitantes respecto al INE.

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años	11	4
Tasa x 100.000 Hab.	7,74	2,33
70-74 años	8	4
Tasa x 100.000 Hab.	6,76	2,7
75-79 años	9	5
Tasa x 100.000 Hab.	10,91	4,49
80-84 años	13	3
Tasa x 100.000 Hab.	19,05	2,8
85-89 años	14	3
Tasa x 100.000 Hab.	36,02	4,02
90 y más años	6	1
Tasa x 100.000 Hab.	35,47	2,1
Total	61	20

Año 2018 (INE).

Población total ambos sexos y edades en la C. Madrid (6.578.079).

Población de mayores de 65 años por grupo etario y sexo:

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años.	143.852	173.992
70-74 años.	123.646	155.233
75-79 años.	84.364	112.553
80-84 años.	68.095	106.629
85-89 años.	41.220	77.279
90 y más años.	17.909	49.483
Total	479.086	675.169

Año 2018 (IAF).

Suicidios consumados en la C. Madrid por grupos etarios y sexo (datos obtenidos en el Instituto Anatómico Forense de Madrid) y tasa por cada 100.000 habitantes respecto al INE.

Grupo etario	Varones	Mujeres
65-69 años	8	7
Tasa x 100.000 Hab.	5,56	4,02
70-74 años	10	4
Tasa x 100.000 Hab.	8,08	2,57
75-79 años	4	8
Tasa x 100.000 Hab.	4,74	7,1
80-84 años	4	10
Tasa x 100.000 Hab.	5,87	9,37
85-89 años	8	5
Tasa x 100.000 Hab.	19,4	6,47
90 y más años	6	1
Tasa x 100.000 Hab.	33,5	2,02
Total	40	35

Se ha calculado la tasa por cada 100.000 habitantes, de la incidencia de consumación suicida en las personas de 65 años en adelante por género en la Comunidad de Madrid durante el período comprendido entre los años 2013 a 2018, ambos inclusive, objeto de la presente investigación, tasas en relación a los datos de población existentes en el INE para dicho período, desglosados y mostrados en este apartado de resultados de la investigación. El resultado de la tasa suicida en la Comunidad de Madrid en personas mayores de 65 años de ambos géneros es de 39,42 por cada 100.000 habitantes.

NOTA ACLARATIVA: En los siguientes resultados referentes a las tasas, cuando se habla de población, es la referida a todas las personas de 65 años en adelante en la Comunidad de Madrid para evitar la redundancia o reiteración textual:

- **2013:** En este año se consuman 48 suicidios en los varones, lo que supone una tasa del 11,42 por cada 100.000 habitantes de la población de 65 años en adelante en la Comunidad de Madrid, siendo el grupo etario de edad de 80-84 años, el que más incidencia suicida ha tenido, con una tasa del 19,5 de los casos. En cuanto a las mujeres, consumaron el suicidio un total de 21, arrojando una tasa del 3,48 y, el grupo etario de más incidencia suicida es el de 70-74 años, con una tasa del 5,87 del total.
- **2014:** Los varones presentan un total de 45 suicidios, que representa una tasa del 10,37 por cada 100.000 habitantes, donde el grupo etario con mayor incidencia suicida es el de 90 y más años, equivalente a una tasa muy elevada con un 50,6. En el género femenino se dieron 20 suicidios, equivalente a una tasa del 3,22, donde el grupo etario de mayor incidencia suicida fue el de 85 a 89 años con una tasa del 5,93.
- **2015:** En este año los varones presentan 49 suicidios que corresponde a una tasa suicida del 10,99 por cada 100.000 habitantes, donde el grupo etario de mayor incidencia suicida fue el comprendido entre los 85 a 89 años con una tasa de 31,6. En las mujeres, se produjeron 21 suicidios que corresponde a una tasa de 3,31 por cada 100.000 habitantes, donde el grupo etario de mayor incidencia fue el comprendido entre los 85 a 89 años con una tasa del 4,27.
- **2016:** Se produjeron 47 suicidios en los varones, equivalente a una tasa del 10,30 por cada 100.000 habitantes y el grupo etario de mayor incidencia suicida fue el de 90 y más años de edad, con una tasa del 25,28. En las mujeres se dieron un total de 20 suicidios, equivalente a una tasa del 3,07, donde el grupo etario de mayor incidencia suicida fue el de 90 y más años de edad con una tasa del 4,42.
- **2017:** Se dieron 61 suicidios en los varones, lo que arroja una tasa de 13,06 por cada 100.000 habitantes, siendo el grupo etario de 85-89 años el de mayor incidencia suicida, con una tasa del 36,02. En las mujeres se produjeron 20 suicidios, equivalente a una tasa del 3,03 y el grupo etario de mayor incidencia suicida fue el de 75-79 años, con una tasa del 4,49.

- **2018:** En cuanto al último año de estudio, se dieron 40 suicidios en los varones, representando una tasa del 8,34 por cada 100.000 habitantes, donde el grupo etario de mayor incidencia suicida fue el de 90 y más años, con una tasa del 33,5. En las mujeres, tuvieron lugar 35 suicidios que equivalen a una tasa del 5,18, con el grupo etario de 80-84 años como el de mayor incidencia suicida, con una tasa del 9,37.
- **En total,** una población media en la Comunidad de Madrid de 1.090.612 personas de 65 años en adelante y ambos sexos, durante el período de estudio (2013-2018), donde se han registrado 430 suicidios consumados, dando lugar a una tasa del 39,42 por cada 100.000 habitantes.

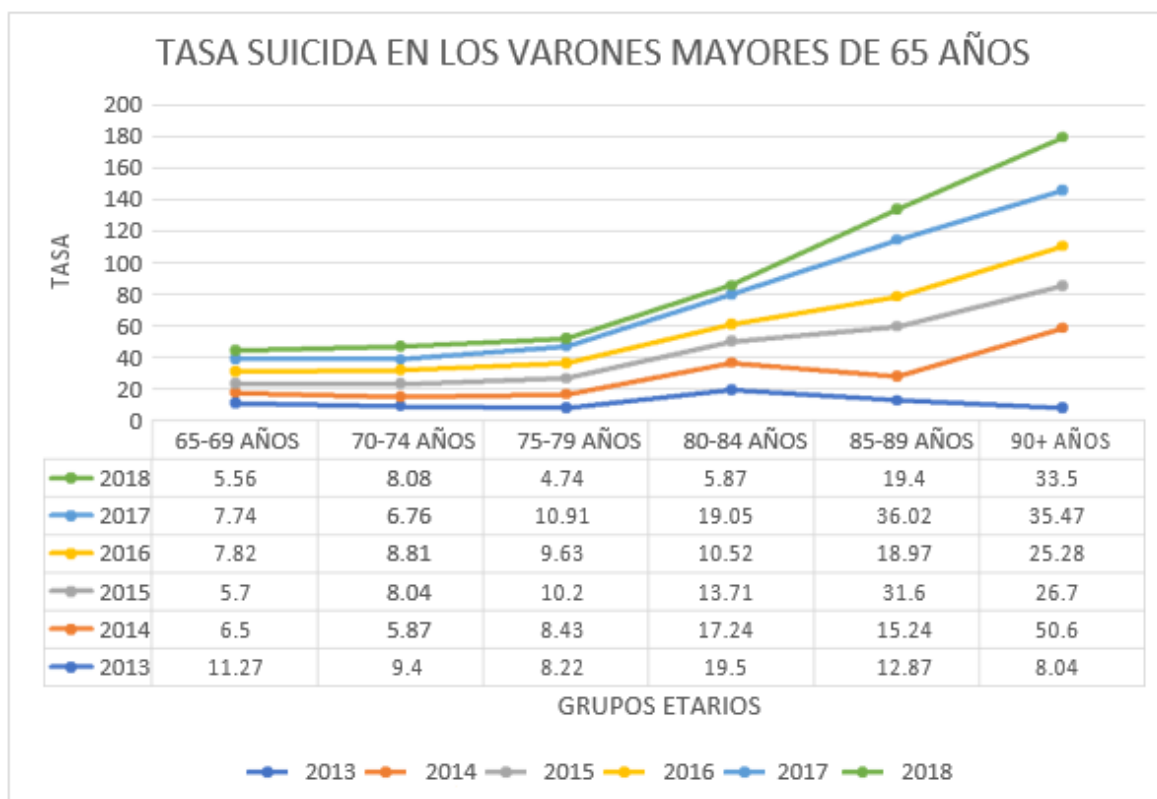


Gráfico 1. Tasas suicidas en los varones mayores de 65 años por grupo etario durante el periodo 2013-2018.

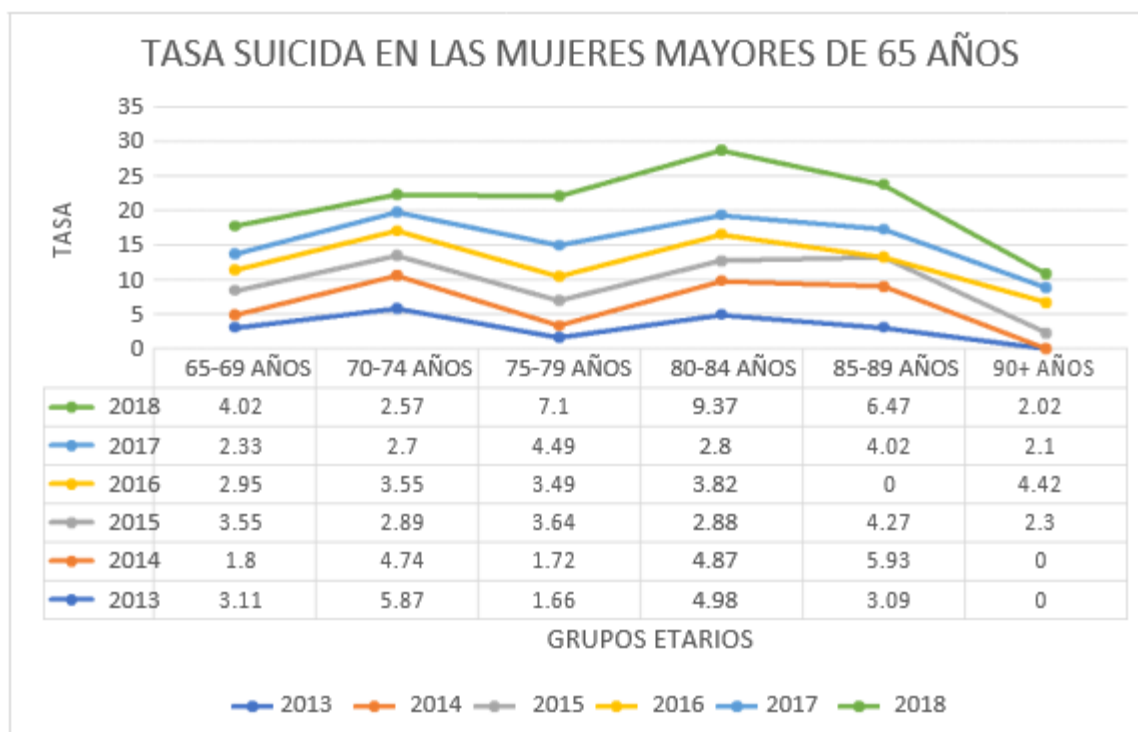


Gráfico 2. Tasas suicidas en los varones mayores de 65 años por grupo etario durante el periodo 2013-2018.

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SEXO Y EDAD DE LA POBLACIÓN

La población de estudio estaba formada por 292 hombres (67.9%) y 138 mujeres (32.1%) (N=430) con una edad media de 77 años \pm 5.08 años (Gráfico 3).

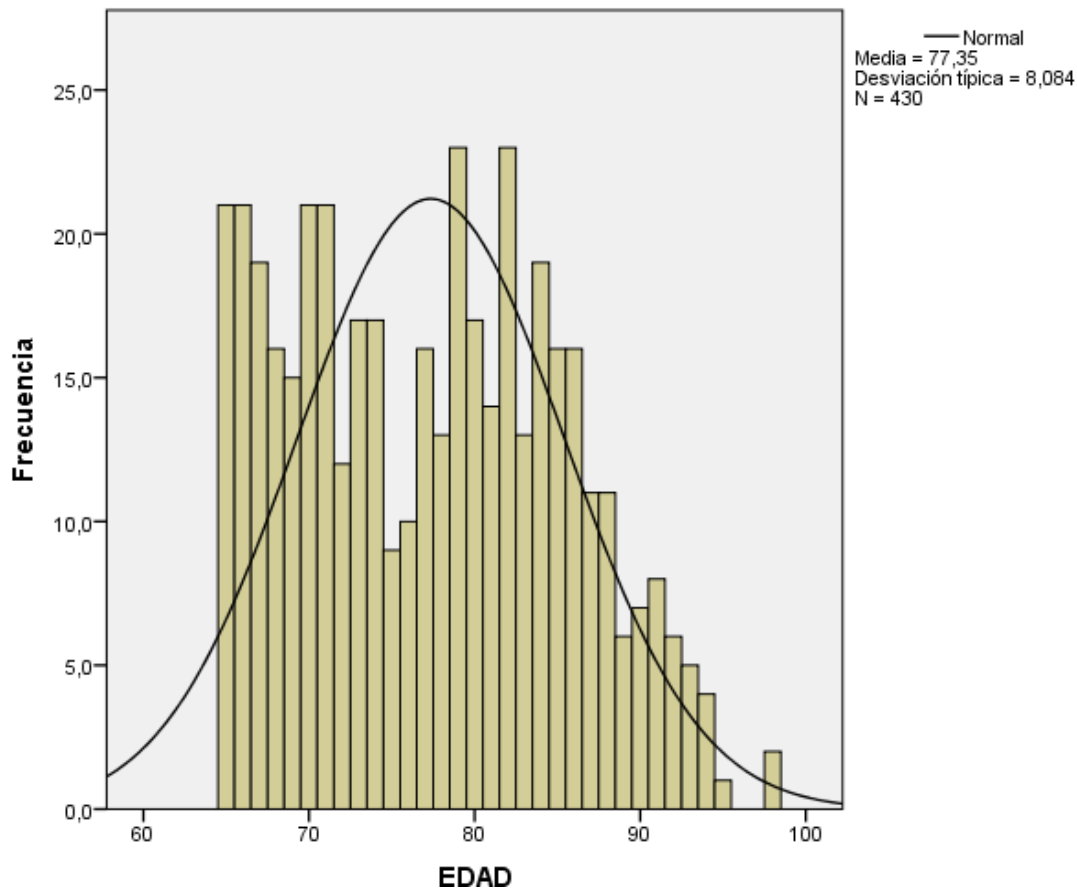


Gráfico 3. Histograma de la media de edad en los suicidas estudiados.

A su vez, en la presente investigación, se ha dividido la muestra en distintos grupos etarios que comprenden un abanico de edad comprendido entre los 65 años hasta los 90 y más años, para determinar la existencia de relación o significación entre variables que serán analizadas en apartados posteriores. De esta manera, queda la siguiente configuración: grupo de edad de 65 a 69 años, grupo de edad de 70 a 74 años, grupo de edad de 75 a 79 años, grupo de edad de 80 a 84 años, grupo de edad de 85 años y superior, como se muestra en la **Tabla 2** y **Gráfico 4**.

Como se puede apreciar en la tabla, el grupo etario que más suicidios cometen es el comprendido entre los 65 a 69 años (n=116; 30%), seguidos del

grupo de edad de 75 a 79 años (n=96; 22.3%) y de 70 a 74 años (n=72; 16.7%), respectivamente. El grupo etario con menor índice de suicidios es el que abarca desde los 85 años en adelante (n=63; 14.7%).

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje suicida según el grupo etario y sexo.

Grupos etarios	Hombres (n=292)	Mujeres (n=138)	Total	Chi-cuadrado Sig. Phi; Significación
65-69 (n=116; 30%)	78 (68,1%)	35 (31,9%)	113	$\chi^2=9.96; p= 0.000$ $\text{Phi}= 0.152; p=0.041$
70-74 (n=72; 16.7%)	42 (63,9%)	25 (36,1%)	67	
75-79 (n=96; 22.3%)	44 (65,6%)	27 (34,4%)	71	
80-84 (n=83; 19.3%)	58 (61,4%)	28 (38,6%)	86	
85 o superior (n=63; 14.7%)	70 (84,1%)	23 (15,9%)	93	
Total	292 (67.9%)	138 (32.1%)	430	

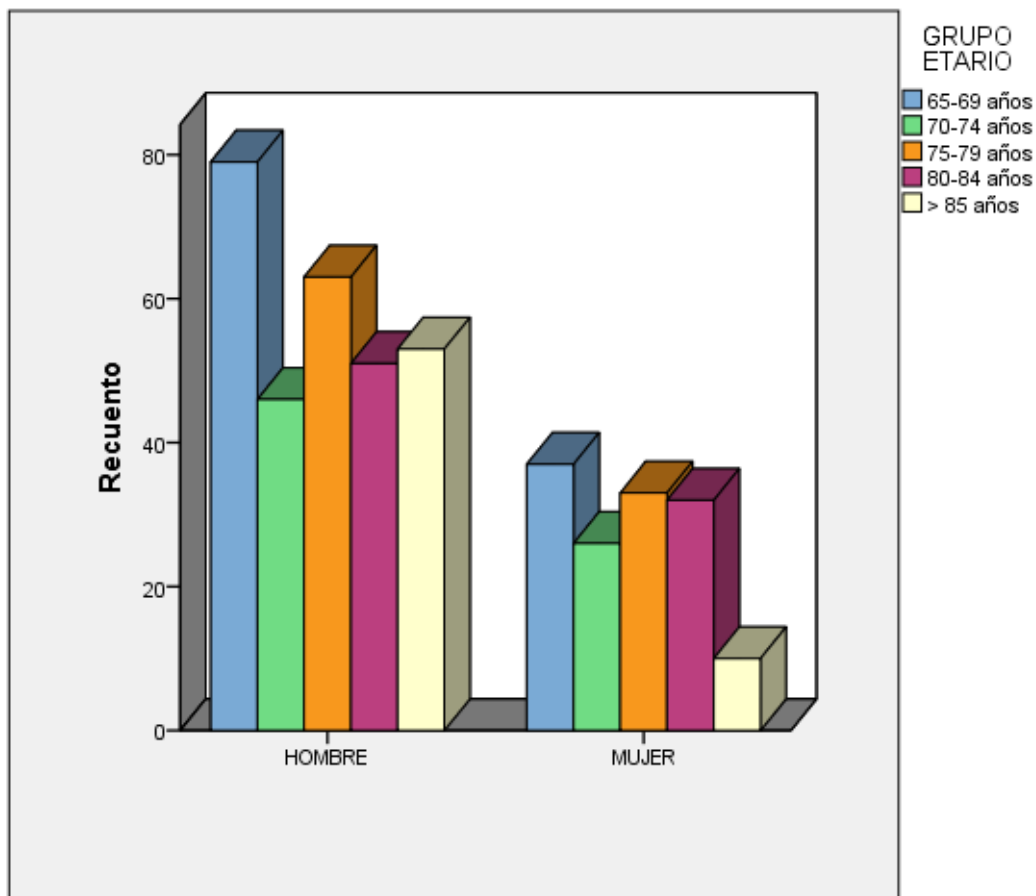


Gráfico 4. Distribución del sexo en función del grupo etario.

Además, como muestran los resultados de la **Tabla 2**, hay un número superior de hombres en todos los grupos etarios.

Analizando la asociación entre las variables grupos etarios y sexo de los suicidas, encontramos significación estadística de 0.000 en el test de Chi-cuadrado. Por lo que, en la distribución, los hombres son mayoritarios en todos los grupos etarios.

5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES TEMPORALES

5.2.1. Años del período suicida de la investigación

La presente investigación analiza los casos de suicidio consumado comprendidos entre los años 2013 y 2018, ambos inclusive. Se observa que, en dicho período de tiempo, los años de mayor frecuencia suicida son los dos últimos, es decir, el año 2017 y el 2018, por lo que se podría confirmar que, con el paso de los años, va aumentando la cifra de consumación suicida en las personas mayores (**Tabla 3; Gráfico 5**).

Tabla 3. Frecuencia de suicidios consumados en los años de la investigación.

Año de investigación	n	%
2013	70	16.3
2014	65	15.1
2015	70	16.3
2016	67	15.6
2017	82	19.1
2018	76	17.7
Total (N)	430	100

FRECUENCIA DE LA CONSUMACIÓN SUICIDA EN LOS AÑOS INVESTIGADOS

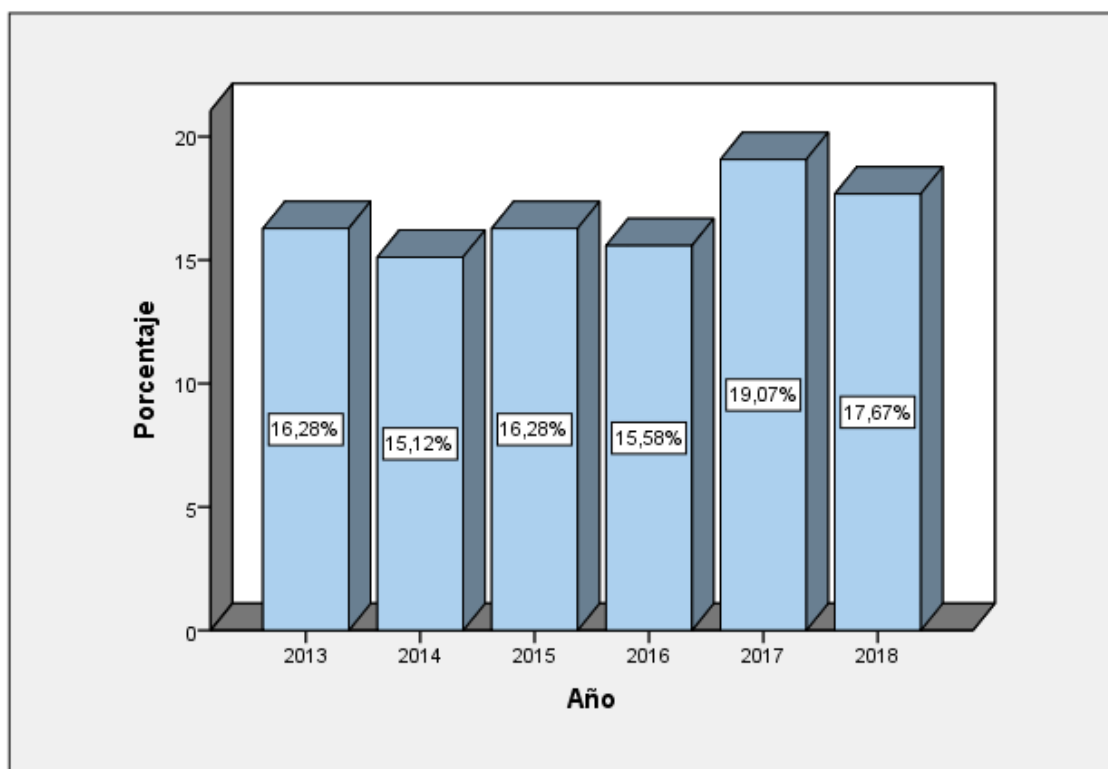


Gráfico 5. Porcentajes de la consumación suicida en ambos sexos en los años investigados (2013-2018).

5.2.2. Día de la semana de prevalencia en el suicidio

Existe una clara relación entre el día de la semana y la consumación suicida en los mayores. Concretamente se da en los fines de semana, viernes y sábado (con mayor prevalencia en los sábados), continuando el domingo y lunes (**Tabla 4; Gráfico 6**).

Tabla 4. Día de la semana prevalente en el suicidio en los mayores de 65 años.

Día de la semana	n	%
Domingo	62	14.4
Jueves	58	13.5
Lunes	64	14.9
Martes	53	12.3
Miércoles	55	12.8
Sábado	74	17.2
Viernes	64	14.9

Total (N)	430	100
-----------	-----	-----

FRECUENCIA DE LA CONSUMACIÓN SUICIDA SEGÚN DÍAS DE LA SEMANA

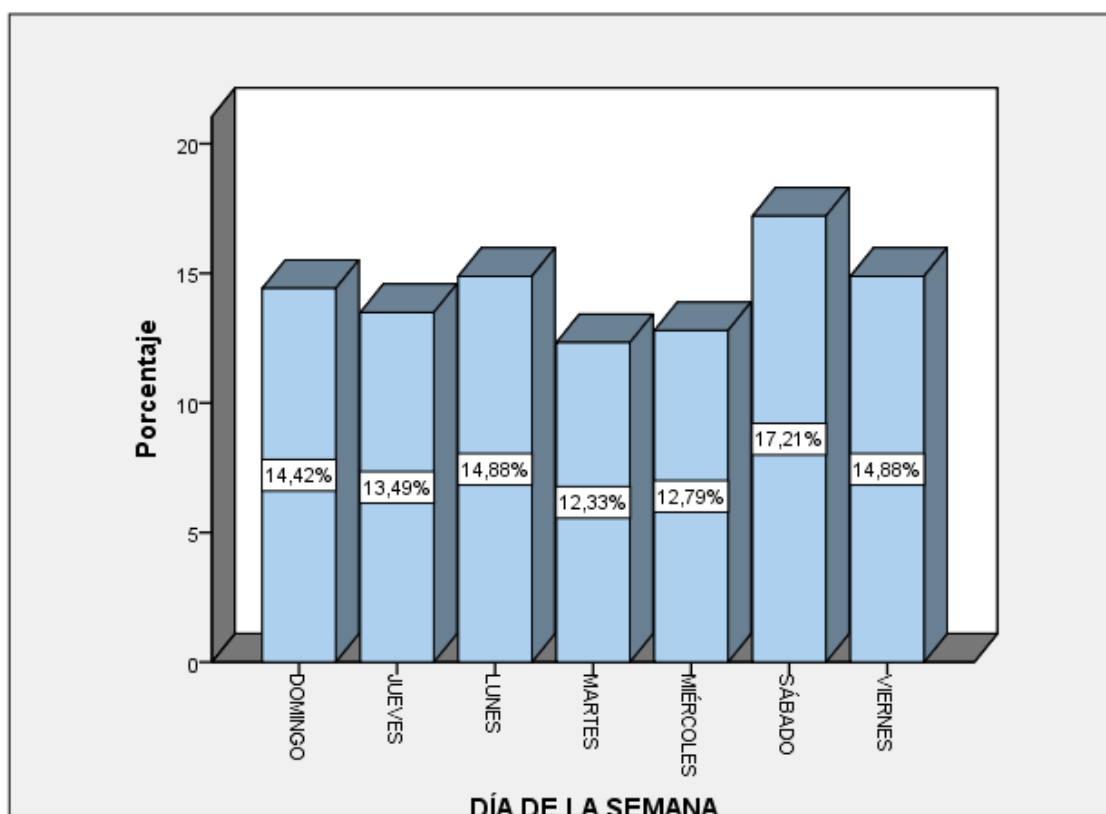


Gráfico 6. Frecuencia suicida según el día de la semana.

5.2.3. Mes de prevalencia en el suicidio

En lo que refiere a los meses de prevalencia de la consumación suicida, existe una clara y absoluta significación. Concretamente, a finales de la primavera, Junio y comienzo del verano, Julio. Con una frecuencia casi similar, les seguiría los meses de Marzo, Septiembre y Octubre por orden, como se puede apreciar en la **Tabla 5 y Gráfico 7.**

Tabla 5. Frecuencia de la consumación suicida por meses en los mayores.

Meses	n	%
Enero	32	7.4
Febrero	29	6.7
Marzo	40	9.3
Abril	34	7.9
Mayo	32	7.4

Junio	44	10.2
Julio	40	9.3
Agosto	36	8.4
Septiembre	39	9.1
Octubre	38	8.8
Noviembre	36	8.4
Diciembre	30	7.0
Total (N)	430	100

FRECUENCIA PORCENTUAL POR MESES DE LA CONSUMACIÓN SUICIDA EN MAYORES

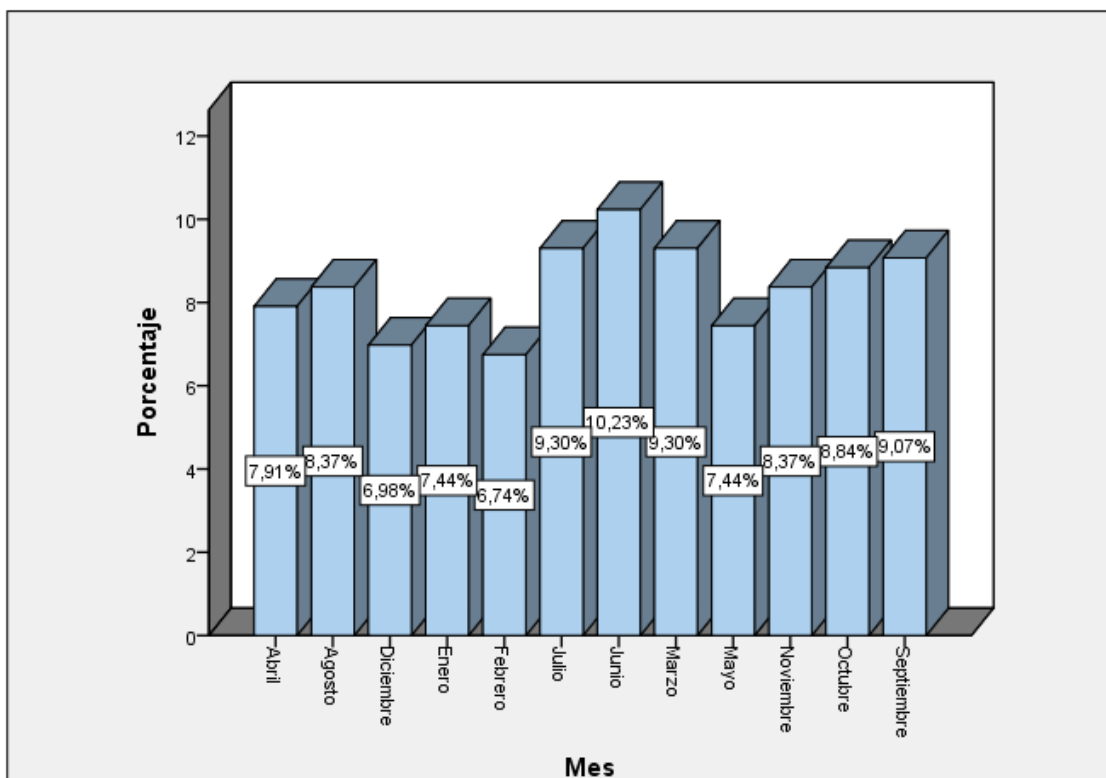


Gráfico 7. Frecuencia porcentual por meses de la consumación suicida en mayores.

5.2.4. Estación del año de prevalencia en los suicidios

Existe una relación significativa en referencia a la estación del año donde los mayores consuman el suicidio. En concreto el verano seguido del otoño, son las estaciones con la mayor prevalencia suicida en el mayor, seguido muy de cerca y con una frecuencia prácticamente similar, la primavera. El invierno sería la estación

de menor prevalencia a este respecto, como se puede observar en la **Tabla 6** y **Gráfico 8**.

Tabla 6. Prevalencia de la estación del año en el suicidio consumado en mayores.

Año de investigación	n	%
Invierno	99	23.0
Otoño	11	25.6
Primavera	106	24.7
Verano	115	26.7
Total (N)	430	100

FRECUENCIA PORCENTUAL DEL SUICIDIO EN MAYORES DURANTE LAS ESTACIONES

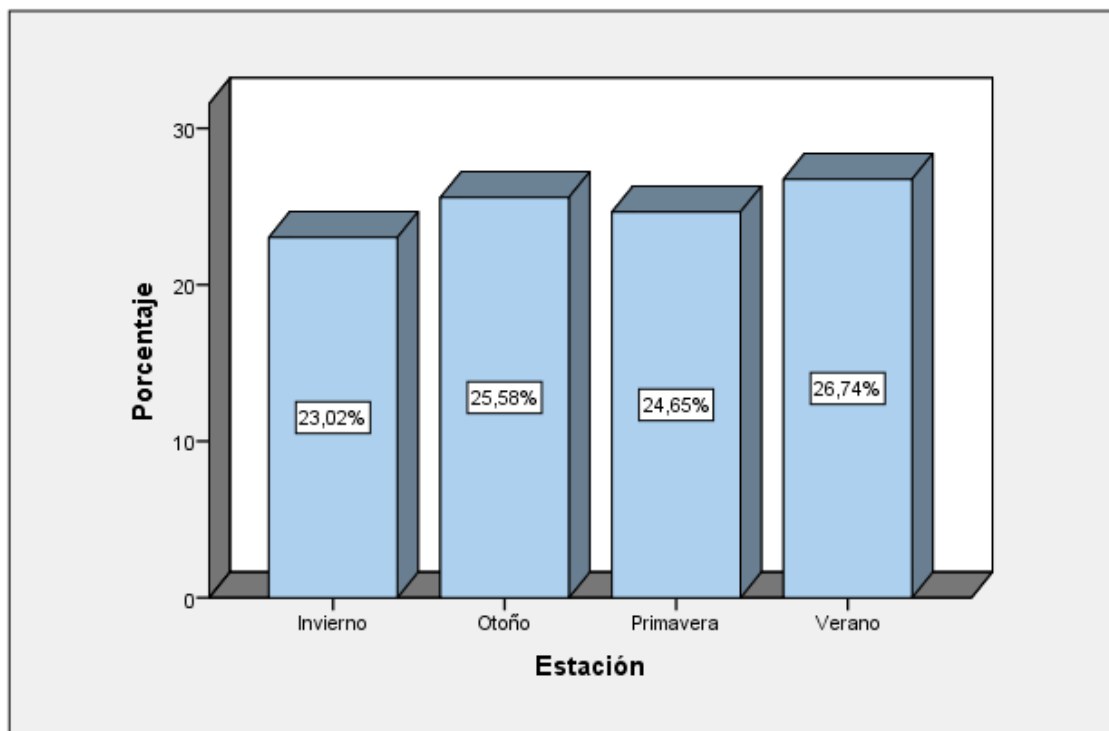


Gráfico 8. Prevalencia porcentual relativa a la estación del año en el suicidio consumado en mayores.

5.3. ANÁLISIS DE VARIABLES EN RELACIÓN AL SEXO Y EL GRUPO ETARIO

5.3.1. Sexo en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación

Mediante una tabla de contingencia, se enfrentaron los datos de la variable género de los sujetos y las variables temporales de la investigación. Se evaluó mediante el coeficiente Chi-cuadrado la asociación de las variables y los resultados obtenidos mostraron que no existe asociación entre la variable género y el resto de variables temporales:

- Sexo-Año investigado ($\chi^2=7.751$; $p=0.171$).
- Sexo-Mes ($\chi^2=10.386$; $p=0.496$).
- Sexo-Día de la semana de consumación suicida ($\chi^2=3.987$; $p=0.678$).
- Sexo-Estación ($\chi^2=5.197$; $p=0.158$).

5.3.2. Grupo etario en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación

Se llevó a cabo un análisis de Chi-cuadrado para observar diferencias en los datos. Se evaluó en este caso la interferencia del año investigado, mes y día del suicidio en relación al grupo etario en el que se clasificaron los sujetos de estudio.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran, como se observa en las **Tablas 7 y 8**, que existe una asociación entre la variable grupo etario y año de investigación y día de la semana de la consumación del suicidio.

La **Tabla 7 y Gráfico 9** muestra como en el año 2013, 2014, 2016 y 2018 el grupo etario mayoritario en cuanto a fallecimientos fue el de sujetos comprendidos entre los 65-69 años con 25 (35.7%), 15 (23.1%), 21 (31.3%) y 18 (23.7%), respectivamente.

Por otro lado, en el año 2015, el grupo etario que más suicidios llevó a cabo fue el de edades entre 75-79 años con 27 casos (38.6%) y en el año 2017 los mayores de edades comprendidas entre 80-84 años (n=20, 24.4%).

Tabla 7. Relación entre grupo etario y año de investigación.

Año de investigación	65-69 años n (%)	70-74 años n (%)	75-79 años n (%)	80-84 años n (%)	> 85 años n (%)	Total (N=430)	χ^2; p Phi; p
2013	25 (35.7%)	14 (20%)	10 (14.3%)	15 (21.4%)	6 (8.6%)	70	39.563; 0.006 0.303;0.006
2014	15 (23.1%)	10 (15.4%)	13 (20.0%)	13 (20.0%)	14 (21.5%)	65	
2015	20 (28.6%)	13 (18.6%)	27 (38.6%)	10 (14.3%)	0 (0%)	70	
2016	21 (31.3%)	10 (14.9%)	17 (25.4%)	10 (14.9%)	9 (13.4%)	67	
2017	17 (20.7%)	12 (14.6%)	16 (19.5%)	20 (24.4%)	17 (20.7%)	82	
2018	18 (23.7%)	13 (17.1%)	13 (17.1%)	15 (19.7%)	17 (22.4%)	76	
Total (N=430)	116 (27.0%)	72 (16.7%)	96 (22.3%)	83 (19.3%)	63 (14.7%)	430	

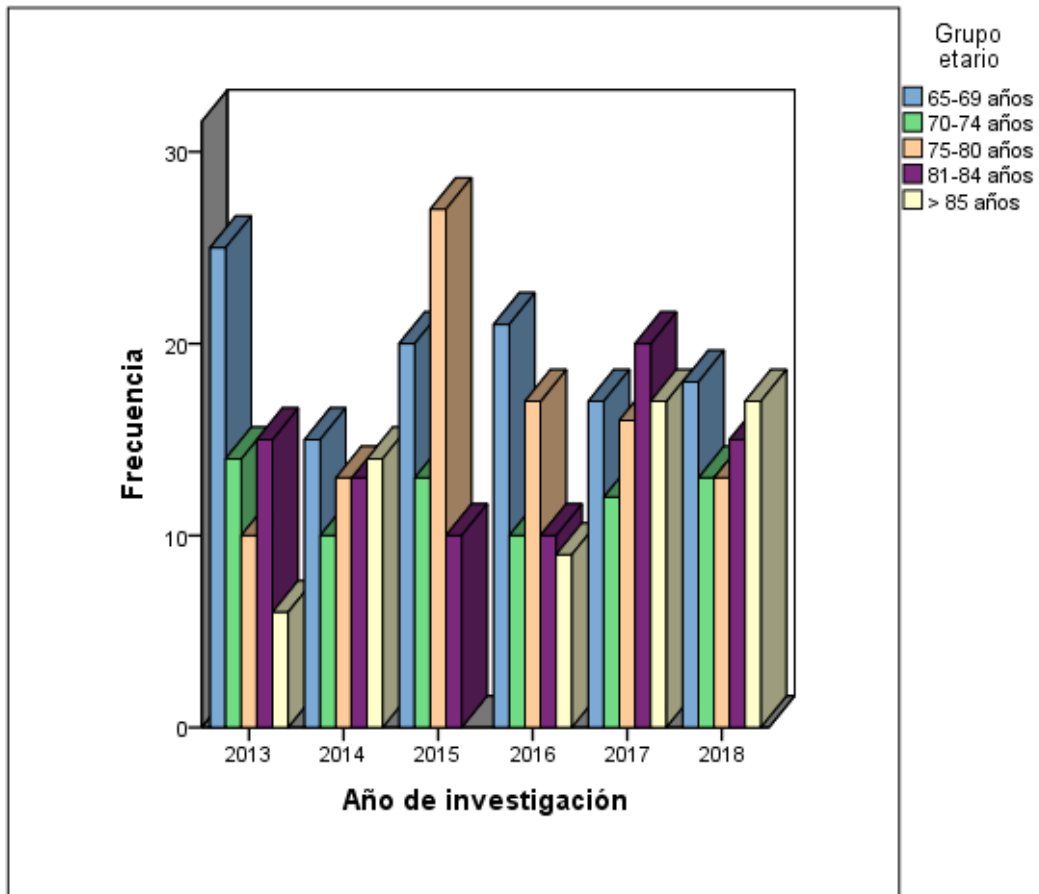


Gráfico 9. Frecuencia de suicidios por grupos etarios en función del año de investigación.

Los resultados de la **Tabla 8** determinan la existencia de asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=45.028$; $p=0.006$) y de tipo medio ($\Phi=0.324$; $p=0.006$) entre los distintos grupos etarios y el día de la semana en el que consuman el suicidio.

Tabla 8. Grupos etarios en función al día de la semana en el que consuman el suicidio.

Causa fundamental	65-69 años n (%)	70-74 años n (%)	75-79 años n (%)	80-84 años n (%)	> 85 años n (%)	Total (N=430)	χ^2 ; p Φ ; p
Domingo	9 (7.8%)	14 (19.4%)	22 (22.9%)	9 (10.8%)	8 (12.7%)	62 (14.4%)	45.028; 0.006 0.324; 0.006
Jueves	24 (20.7%)	10 (13.9%)	9 (9.4%)	8 (9.6%)	7 (11.1%)	58 (13.5%)	
Lunes	21 (18.1%)	9 (12.5%)	18 (18.8%)	8 (9.6%)	8 (12.7%)	64 (14.9%)	

Martes	14 (12.1%)	12 (16.7%)	5 (5.2%)	16 (19.3%)	6 (9.5%)	53 (12.3%)
Miércoles	18 (15.5%)	4 (5.6%)	13 (13.5%)	10 (12.0%)	10 (15.9%)	55 (12.8%)
Sábado	11 (9.5%)	17 (23.6%)	18 (18.8%)	16 (19.3%)	12 (19.0%)	74 (17.2%)
Viernes	19 (16.4%)	6 (8.3%)	11 (11.5%)	16 (19.3%)	12 (19.0%)	64 (14.9%)
Total (N=430)	116	72	96	83	63	430

A continuación, se muestran los gráficos que muestran los datos de población y porcentajes de los grupos etarios y los días de la semana (**Gráfico 10-14**).

En el primer y más prevalente grupo de edad, de los 65 a los 69 años, se determina que los mismos consuman el suicidio con mayor frecuencia los jueves (20.69%), seguidos de los lunes (18.01%) y miércoles (15.52%) (**Gráfico 10**).

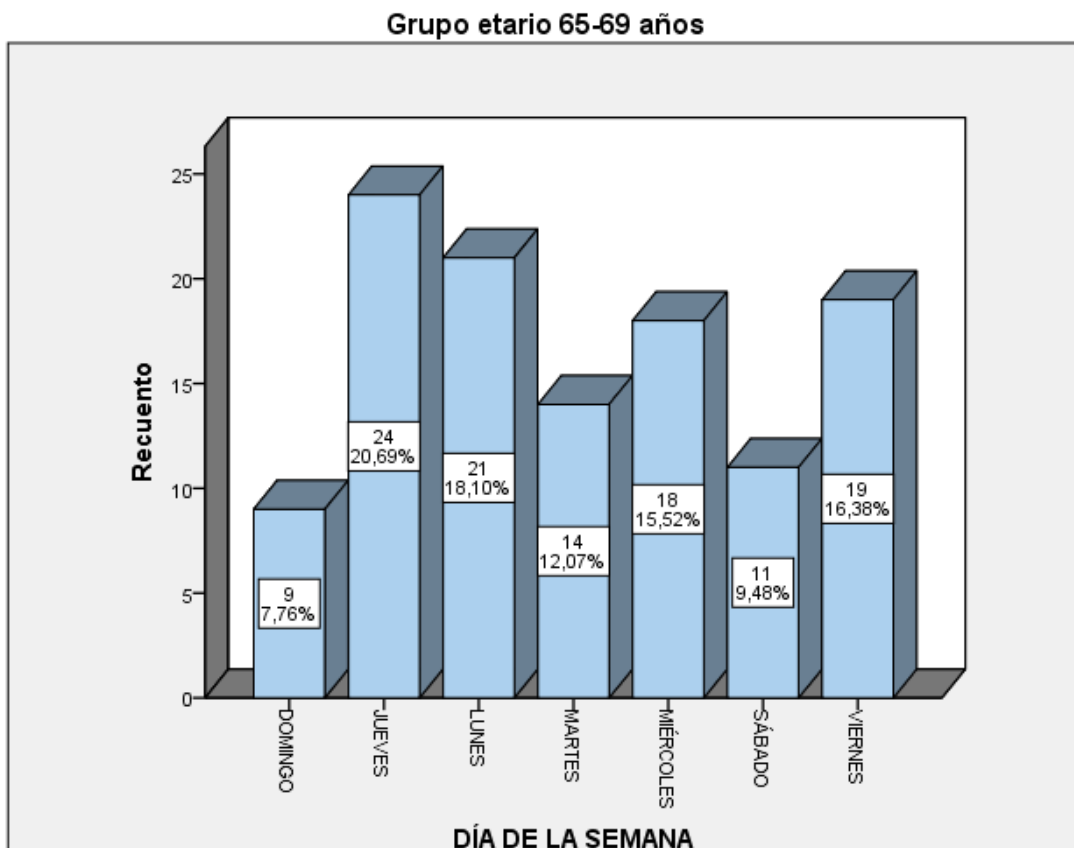


Gráfico 10. Relación en porcentajes del grupo etario de 65 a 69 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.

En el segundo grupo de edad de prevalencia, desde los 70 a los 74 años, se evidencia que el sábado es el día de la semana más frecuente de consumir el acto suicida (23.61%), seguido del domingo (19.44%) y el martes (16.67%) respectivamente **(Gráfico 11)**.

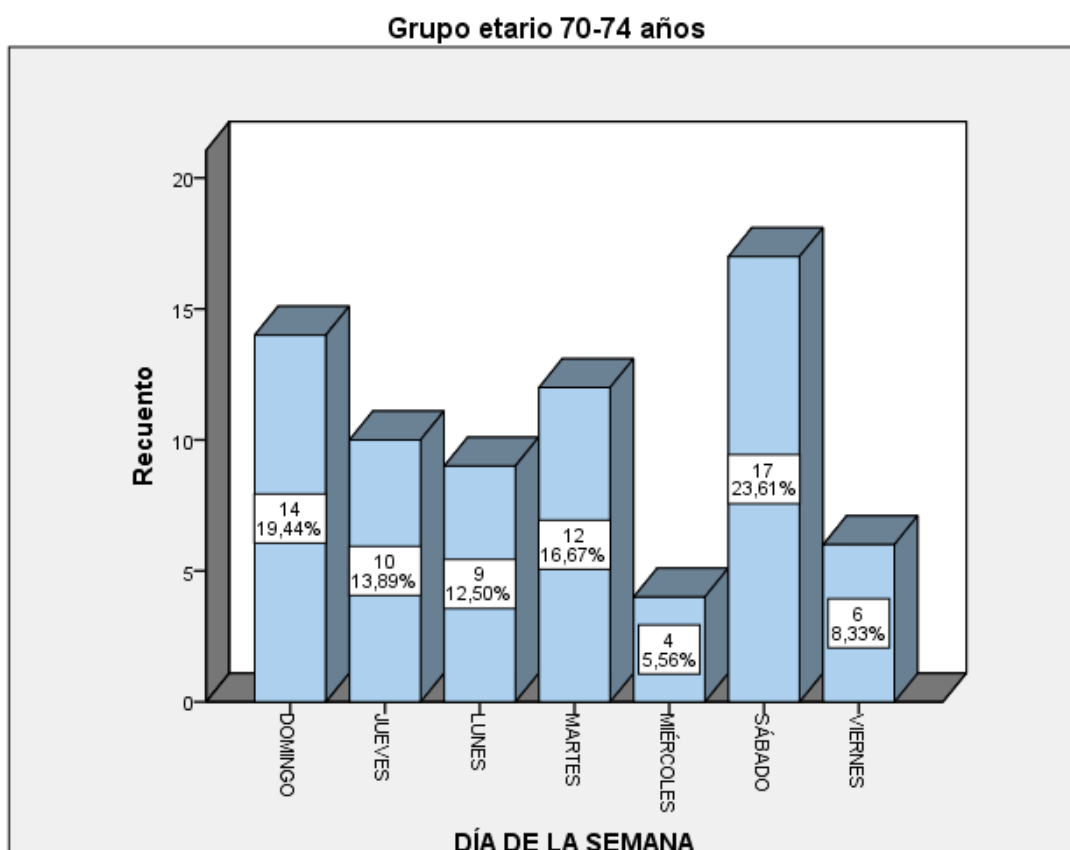


Gráfico 11. Relación en porcentajes del grupo etario de 70 a 74 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.

En cuanto al grupo etario comprendido desde los 75 a 79 años, los resultados muestran que son los domingos (22.92%), sábados y lunes (18.75%) los días que consuman el suicidio con el mismo porcentaje. Se puede concluir, por tanto, que este grupo de edad consume el suicidio principalmente en el fin de semana **(Gráfico 12)**.

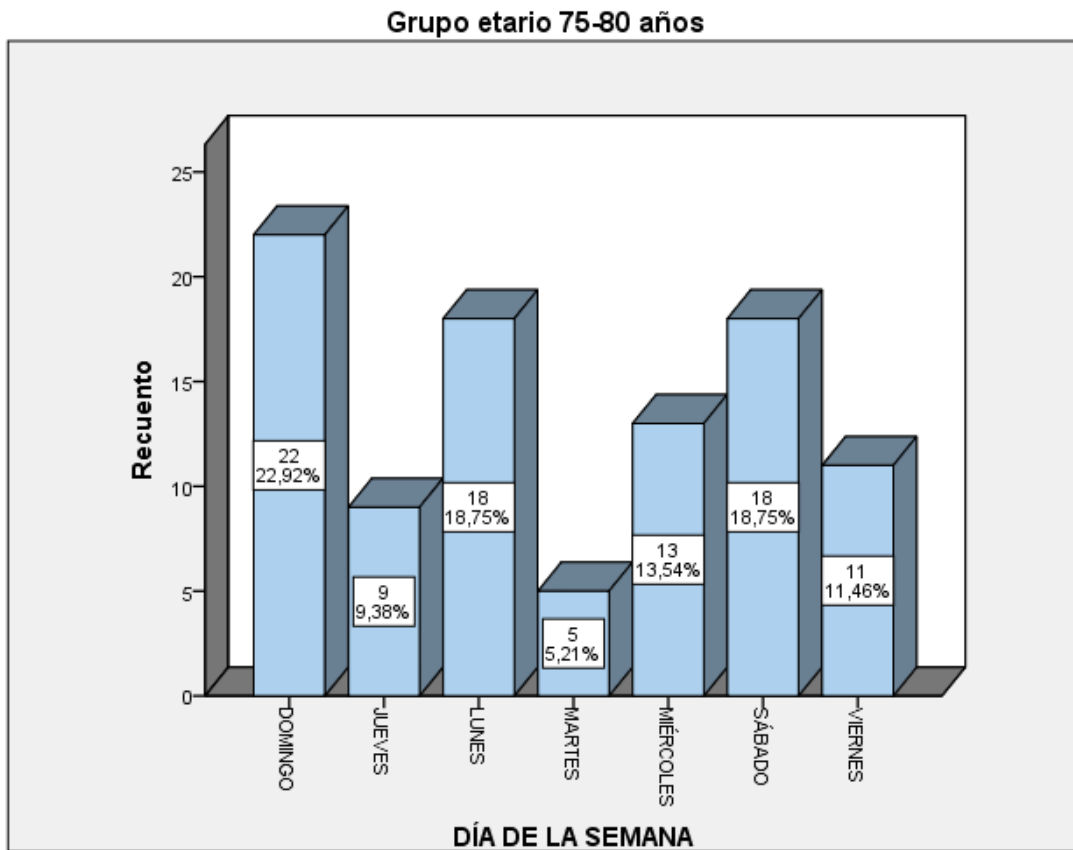


Gráfico 12. Relación en porcentajes del grupo etario de 75 a 80 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.

En lo que refiere al grupo etario comprendido entre los 80 y 84 años de edad, consumaron el acto suicida de forma prevalente durante el fin de semana, concretamente viernes (19.28%), sábado (19.28%) y martes (19.28%). Le siguen en prevalencia, los miércoles, los domingos y lunes y jueves en la consumación suicida de este grupo etario (**Gráfico 13**).

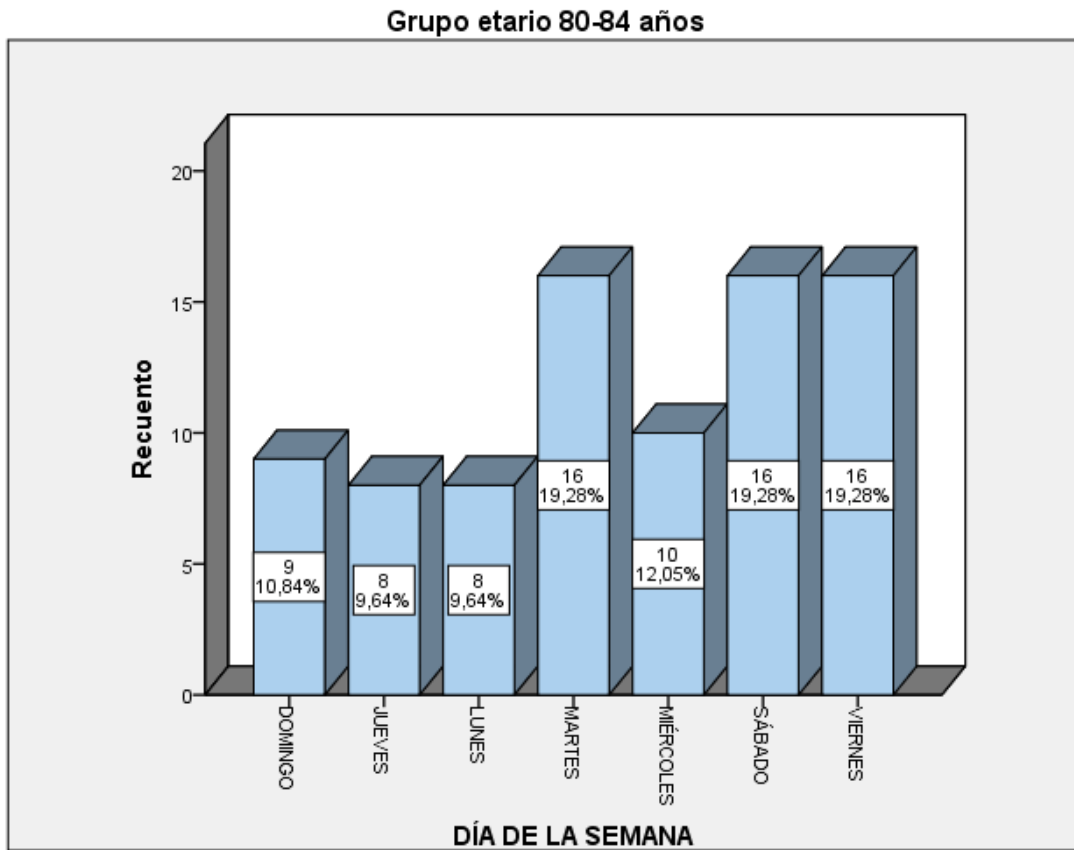


Gráfico 13. Relación en porcentajes del grupo etario de 81 a 84 años con el día de la semana en que consuman el suicidio.

En el grupo etario comprendido entre los 85 en adelante, la consumación suicida se produce al principio del fin de semana, concretamente los viernes y sábados con una incidencia del 19.05%, y a continuación los miércoles, con una incidencia del 15.87% **(Gráfico 14)**.

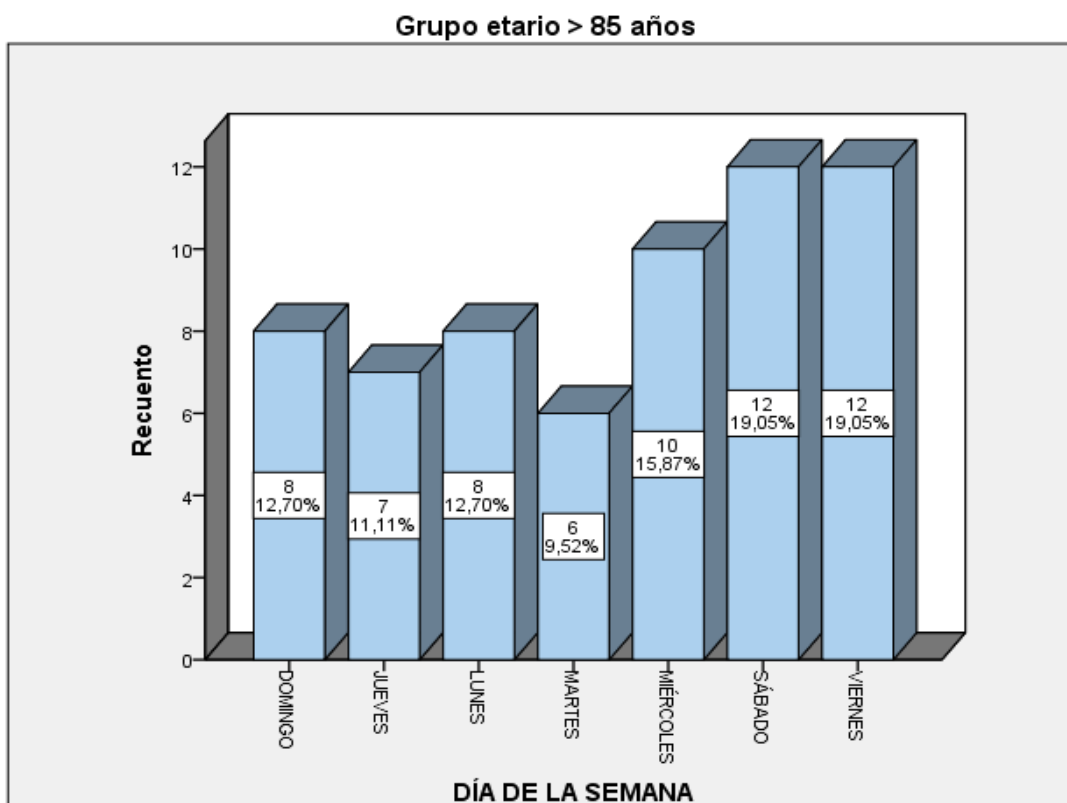


Gráfico 14. Relación en porcentajes del grupo etario de 85 años o superior con el día de la semana en que consuman el suicidio.

Por último, en relación a la asociación entre la variable grupos de edad y las variables mes ($\chi^2=33.665$; $p=0.871$) y estación del año ($\chi^2=7.918$; $p=0.792$) en que se cometió el suicidio, encontramos que no existe asociación estadísticamente significativa ya que el test de χ^2 muestra unos valores superiores al nivel de significación estadística.

5.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MECANISMO SUICIDA

Los resultados muestran que hay varios mecanismos suicidas prevalentes en el mayor, siendo el de mayor incidencia los traumatismos, con más de la mitad del total de los casos de suicidio consumado (52%), la asfixia (27%) y la intoxicación (13,5%). Le siguen por orden de incidencia el arma de fuego (4,8%), arma blanca (2,5%) y quemaduras (0,3%) (**Tabla 9 y Gráfico 15**).

Tabla 9. Prevalencia de mecanismos suicidas en los mayores.

Causas principales de suicidio	n	Porcentaje (%)
Intoxicación	56	13.0
Arma blanca	10	2.3
Herida arma de fuego	19	4.4
Quemaduras	1	0.2
Asfixia	114	26.5
Politraumatismos	112	26.0
Traumatismos	110	25.6
Otros	8	1.9
Total (N)	430	100

CAUSA FUNDAMENTAL DE SUICIO EN MAYORES DE 65 AÑOS

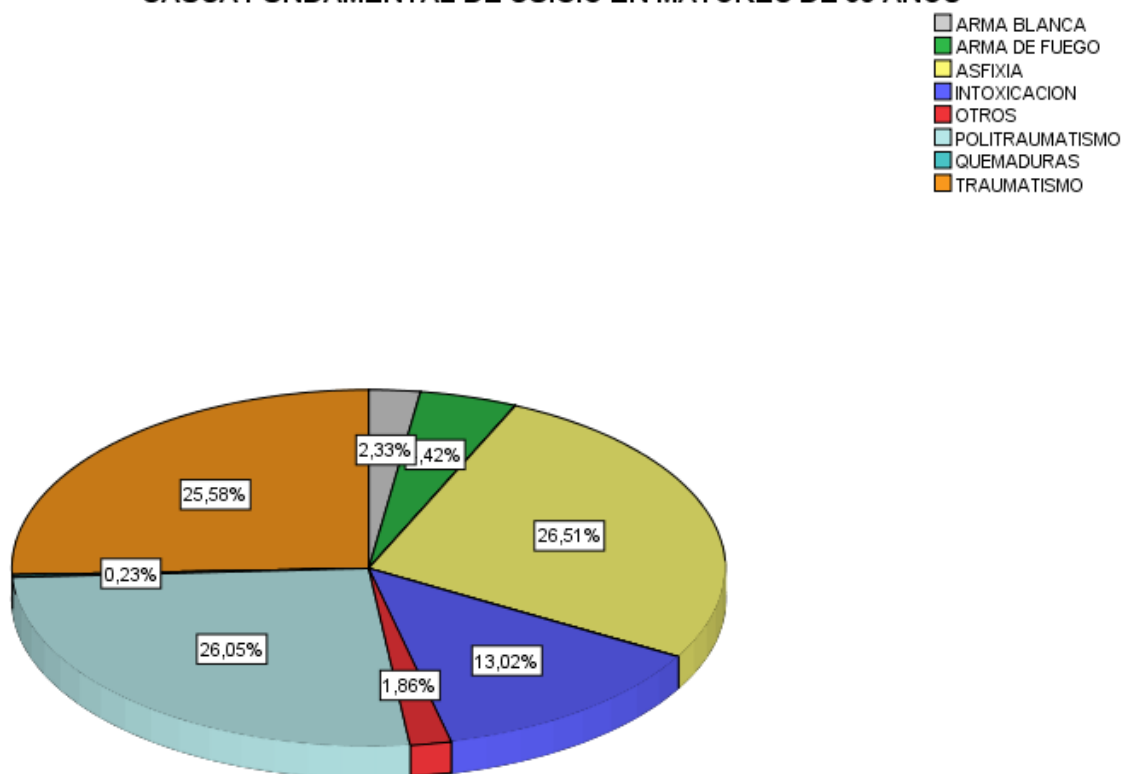


Gráfico 15. Porcentaje de los mecanismos suicidas en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid durante el período 2013-2018.

5.4.1. Mecanismo suicida en relación al género

Al discriminar por género el mecanismo suicida utilizado en los mayores, se observan los siguientes resultados (**Tabla 10; Gráfico 16**):

- En los varones, el principal mecanismo suicida es el traumatismo, con casi la mitad del total de los suicidios (49,3%) y la asfixia (34,6%). Le siguen por orden de incidencia, la intoxicación (7,9%), arma de fuego (6,1) y arma blanca (2,7%)
- En las mujeres, el principal mecanismo suicida es también el traumatismo, con más de la mitad de los casos (56,5%), seguido de la intoxicación con casi una cuarta parte de los casos (24,6%), determinando entre ambos las 4/5 partes del total de los mecanismos suicidas (81,1%). Le siguen en orden de incidencia la asfixia (16%), arma blanca (1,4%), arma de fuego (0,7%) y quemaduras (0,7%).

Se realiza el análisis estadístico Chi-cuadrado (**Tabla 10**), el cual muestra que existe asociación entre las variables sexo y causa fundamental de suicidio, ya que Chi-cuadrado de Pearson es 38.64 y su significación es 0.000. Lo corrobora el Phi siendo positivo con un valor de 0.3, por lo que las variables están relacionadas de forma media.

Tabla 10. Mecanismos suicidas en los mayores por género.

Causa fundamental	Hombre n (%)	Mujer n (%)	$\chi^2; p$ $\Phi; p$
Intoxicación	23 (7.9%)	33 (23.9%)	38.634; 0.000 0.3; 0.000
Arma blanca	8 (2.7%)	2 (1.4%)	
Arma de fuego	18 (6.1%)	1 (0.7%)	
Quemaduras	0 (0%)	1 (0.7%)	
Asfixia	92 (31.5%)	22 (15.9%)	
Politraumatismos	74 (25.3%)	38 (27.5%)	
Traumatismo	70 (24%)	40 (29%)	
Otros	7 (2.4%)	1 (0.7%)	
Total (N=430)	292	138	

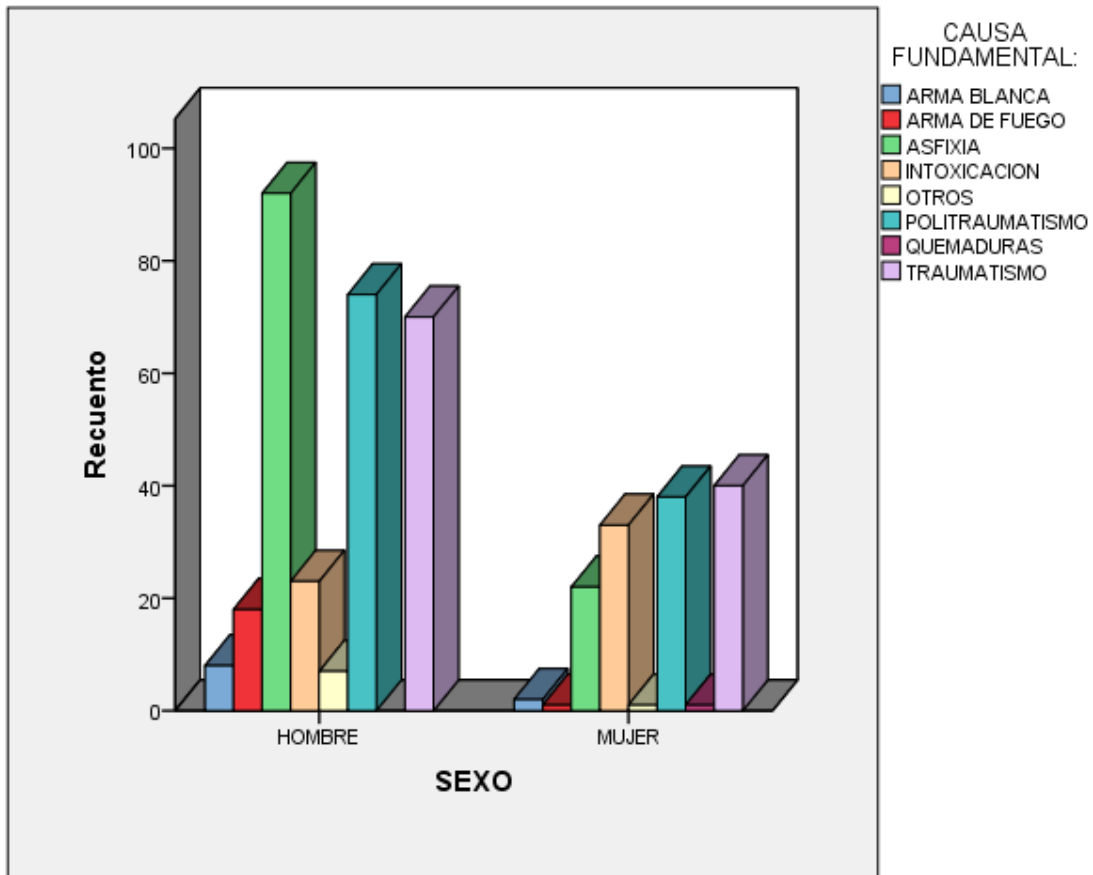


Gráfico 16. Mecanismos suicidas por género en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid durante el período 2013-2018.

5.4.2. Mecanismo suicida en relación al grupo etario

El mecanismo suicida fundamental en relación al grupo etario de pertenencia de la población del estudio se recoge en la **Tabla 11**. Los resultados obtenidos en el estudio muestran una distribución de casos homogénea entre los grupos de edad establecidos, lo cual viene confirmado por el valor de $X^2=19.624$ y la significación estadística ($p=0.878$). En este caso se muestra que no existe asociación entre las variables categóricas mecanismo suicida y grupo etario, de modo que las variables no presentación relación entre sí.

Tabla 11. Mecanismos suicidas en los mayores por rangos de edad.

Causa fundamental	65-69 años n (%)	70-74 años n (%)	75-79 años n (%)	80-84 años n (%)	> 85 años n (%)
Intoxicación	19 (4.4%)	12 (2.8%)	10 (2.3%)	9 (2.1%)	6 (1.4%)

Arma blanca	3 (0.7%)	2 (0.5%)	1 (0.2%)	2 (0.5%)	2 (0.5%)
Arma de fuego	5 (1.2%)	5 (1.2%)	5 (1.2%)	4 (0.9%)	0 (0%)
Quemaduras	1 (0.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Asfixia	27 (6.3%)	19 (4.4%)	29 (6.7%)	20 (4.7%)	19 (4.4%)
Politraumatismos	25 (5.8%)	18 (4.2%)	26 (6%)	23 (5.3%)	20 (4.7%)
Traumatismo	33 (7.7%)	14 (3.3%)	24 (5.6%)	25 (5.8%)	14 (3.3%)
Otros	3 (0.7%)	2 (0.5%)	1 (0.2%)	0 (0%)	2 (0.5%)
Total (N=430)	116 (27%)	72 (16.7%)	96 (22.3%)	83 (19.3%)	63 (14.7%)

5.4.3. Mecanismo suicida en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación

Se llevó a cabo un análisis de Chi-cuadrado para observar diferencias en los datos. Se evaluó en este caso la interferencia del año investigado, mes y día del suicidio en relación al mecanismo suicida. Los resultados obtenidos mostraron que no existe asociación estadísticamente significativa entre el mecanismo suicida y:

- Año investigado ($\chi^2=48.884$; $p=0.072$).
- Mes ($\chi^2=69.564$; $p=0.714$).
- Día de la semana de consumación suicida ($\chi^2=46.851$; $p=0.280$).
- Estación ($\chi^2=19.351$; $p=0.565$).

5.4.4. Asociación de las causas principales y estimación de riesgos

Reuniendo los mecanismos suicidas principales en 4 categorías encontramos (**Tabla 12**):

Tabla 12. Frecuencia de las causas principales de suicidio en 4 categorías.

Causas principales de suicidio	n	(%)
Herida por arma	29	6,7
Asfixia	114	26,5
Intoxicación	57	13,3

Traumatismo	230	53,5
Total (N)	430	100

En la **Tabla 13**, observamos como existe asociación entre el sexo y la causa fundamental de la muerte ($\chi^2=36.015$; $p=0.000$), de esta forma se muestra que los hombres cometen más suicidios mediante herida por arma ($n=26$; 8.9%), asfixia ($n=92$; 31.5%) y traumatismos ($n=151$; 51.7%). Por otro lado, las mujeres presentan un mayor índice de suicidios mediante intoxicación ($n= 34$; 57.2%).

Tabla 13. Distribución de casos de 4 categorías de suicidio en función del género.

Causa principal de suicidio	Hombre n (%)	Mujer n (%)	χ^2; p Phi; p
Herida por arma (n=29)	26 (8.9%)	3 (2.2%)	36.015; 0.000 0.289; 0.000
Asfixia (n=114)	92 (31.5%)	22 (15.9%)	
Intoxicación (n=57)	23 (7.9%)	34 (24.7%)	
Traumatismo (n=230)	151 (51.7%)	79 (57.2%)	
Total (N)	292	138	

Además, en cuanto a la edad (**Tabla 14**), no se observa asociación entre la causa principal y los grupos etarios ($\chi^2=10.495$; $p=0.840$).

Tabla 14. Distribución de casos de 4 categorías de suicidio en función del grupo etario.

Causa principal de suicidio	64-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	> 85 años
Herida por arma (n=29)	8 (6.9%)	7 (9.7%)	6 (6.3%)	6 (7.2%)	2 (3.2%)
Asfixia (n=114)	27 (23.3%)	19 (26.4%)	29 (30.2%)	20 (24.1%)	19 (30.2%)
Intoxicación (n=57)	20 (17.2%)	12 (16.7%)	10 (10.4%)	9 (10.8%)	6 (9.5%)
Traumatismo (n=230)	61 (52.6%)	34 (47.2%)	51 (53.1%)	48 (57.8%)	36 (57.1%)
Total	116	72	96	83	63

Analizando las causas principales de suicidio por separado, herida por arma (n=29; 6.7%), intoxicación (n=57; 13.3%), traumatismo (n=230; 53.5%) y asfixia (n=114; 26.5%), se llegó a la conclusión de que las tres primeras no presentaban asociación ni correlación significativa con las variables demográficas ni con las variables temporales (p= n.s.).

Sin embargo, en el análisis llevado a cabo a las muertes por asfixia (n=114; 26.5%) mostró como se refleja en la **Tabla 15** una relación entre el género de los sujetos que se suicidaron por asfixia y el día de la semana en que consumaron el hecho, mostrando una $\chi^2=13.839$ con una significación de $p=0.000$ (Gráfico 17).

Tabla 15. Relación entre el género y el día de la semana de consumación de las muertes por asfixia.

		Domingo	Jueves	Lunes	Martes	Miércoles	Sábado	Viernes	Total	$\chi^2; p$ $\Phi; p$
H	n	16	12	19	10	7	15	13	92	13.839;0.000 0.348;0.031
	%	14,0%	10,5%	16,7%	8,8%	6,1%	13,2%	11,4%	80,7%	
M	n	2	9	1	4	1	1	4	22	
	%	1,8%	7,9%	0,9%	3,5%	0,9%	0,9%	3,5%	19,3%	
Total	N	18	21	20	14	8	16	17	114	
	%	15,8%	18,4%	17,5%	12,3%	7,0%	14,0%	14,9%	100,0%	

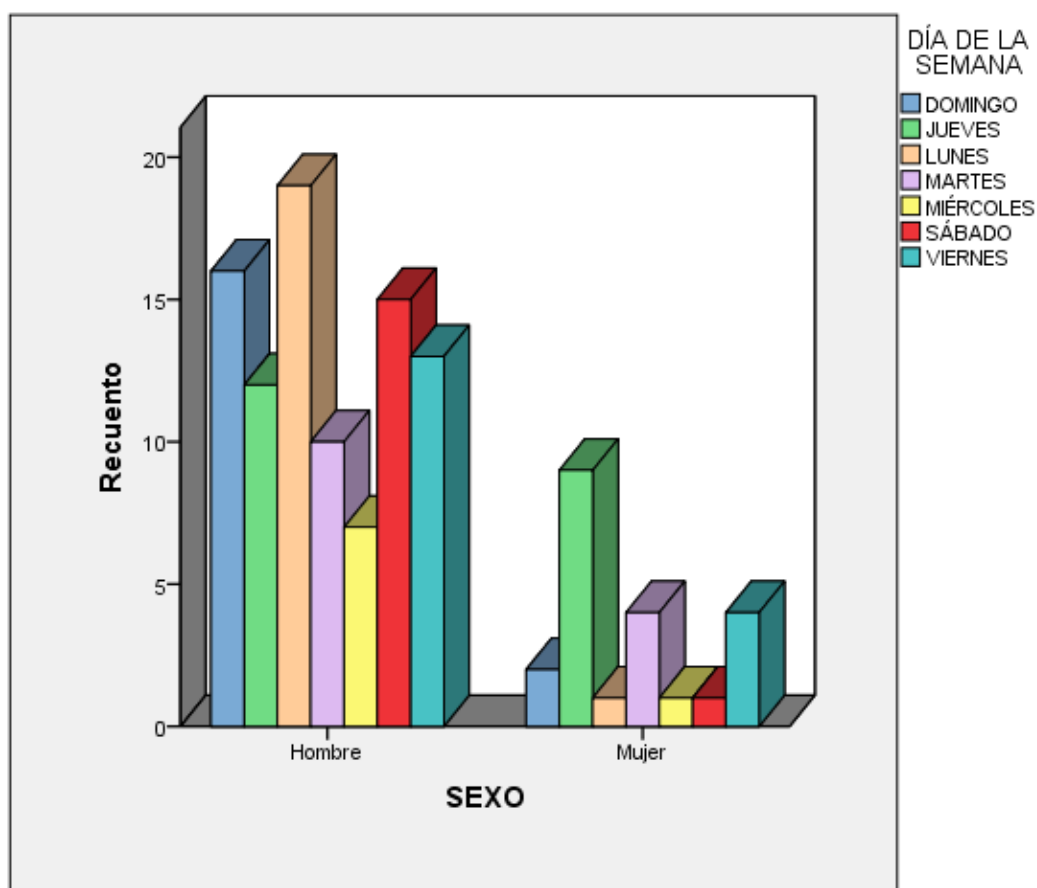


Gráfico 17. Distribución de los casos de asfixia en función del sexo y el día de la semana.

Del mismo modo, la **Tabla 16** muestra una relación entre la distribución de casos de hombres y mujeres en función de la estación del año. Se observa como existe una relación entre el sexo y la estación en la que se comete el suicidio mediante asfixia ($\chi^2=9.721$; $p=0.000$) (**Gráfico 18**).

Tabla 16. Relación entre el género y la estación del año de consumación de las muertes por asfixia.

		Invierno	Otoño	Primavera	Verano	Total	$\chi^2; p$ $\Phi; p$
H	n	21	28	15	28	92	9.721;0.021 0.261;0.021
	%	18,4%	24,6%	13,2%	24,6%	80,7%	
M	n	5	2	11	4	22	
	%	4,4%	1,8%	9,6%	3,5%	19,3%	
Total	n	26	30	26	32	114	
	%	22,8%	26,3%	22,8%	28,1%	100,0%	

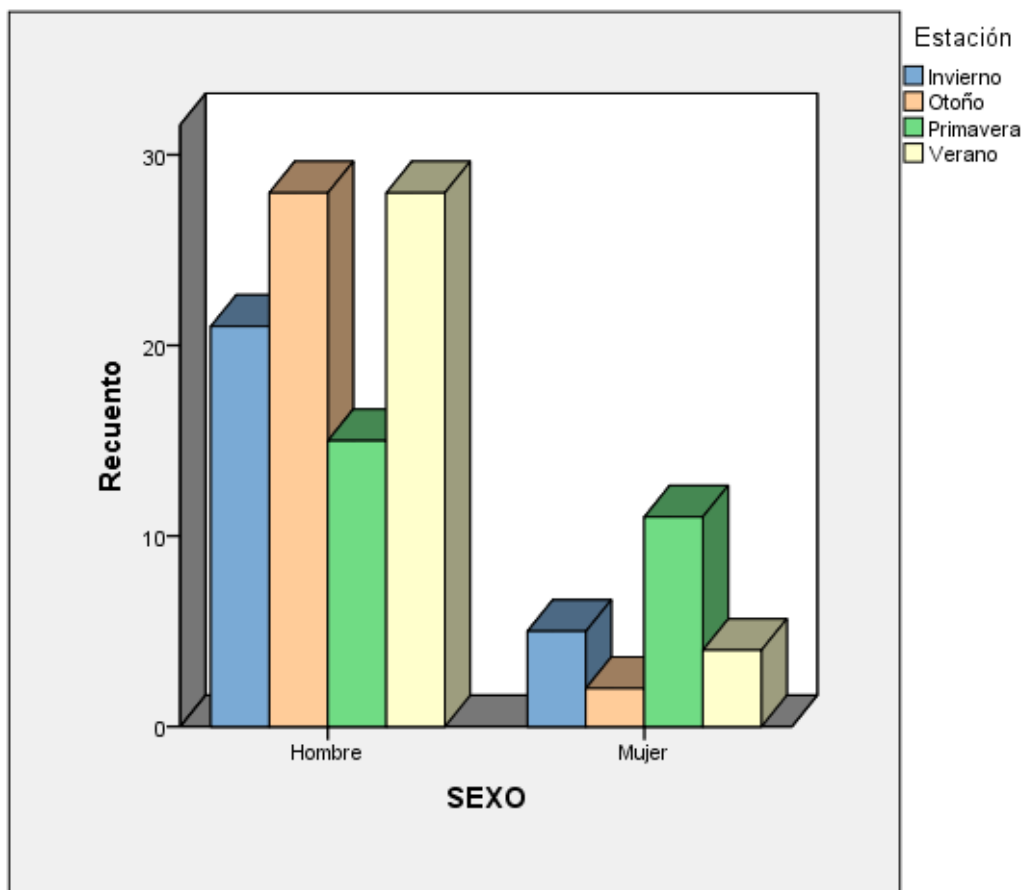


Gráfico 18. Distribución de los casos de asfixia en función del sexo y la estación del año.

A continuación, se procedió a hacer un análisis por pares de las causas principales para estimar el riesgo de suicidio por todos los métodos dos a dos.

A. Asfixia-intoxicaciones

Se realizó una tabla de contingencia (**Tabla 17**) en la que se obtuvo como resultado que, existen diferencias significativas ($\chi^2=26.949$; $p=0.000$) entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de suicidio, si es asfixia o intoxicación.

Tabla 17. Frecuencia y porcentajes de las muertes por asfixia e intoxicación en función del sexo.

		Asfixia	Intoxicación	Total	$\chi^2; p$ $Phi; p$
Hombre	N	92	23	115	26.949; 0.000 0.370; 0.000
	%	54,1%	13,5%	67,6%	
Mujer	N	22	34	56	
	%	12,9%	19,4%	32,4%	

Total	N	114	56	171
	%	67,1%	32,9%	100%

La **Tabla 18** muestra que el riesgo de llevar a cabo un suicidio mediante asfixia es 6 veces mayor entre hombres que entre mujeres (**Gráfico 19**).

Tabla 18. Estimación del riesgo de cometer asfixia o intoxicación en función del sexo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO: (H / M)	6,000	2,959	12,167
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= ASFIXIA	2,000	1,429	2,800
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= INTOXICACION	0,333	0,218	0,510
N de casos válidos	171		

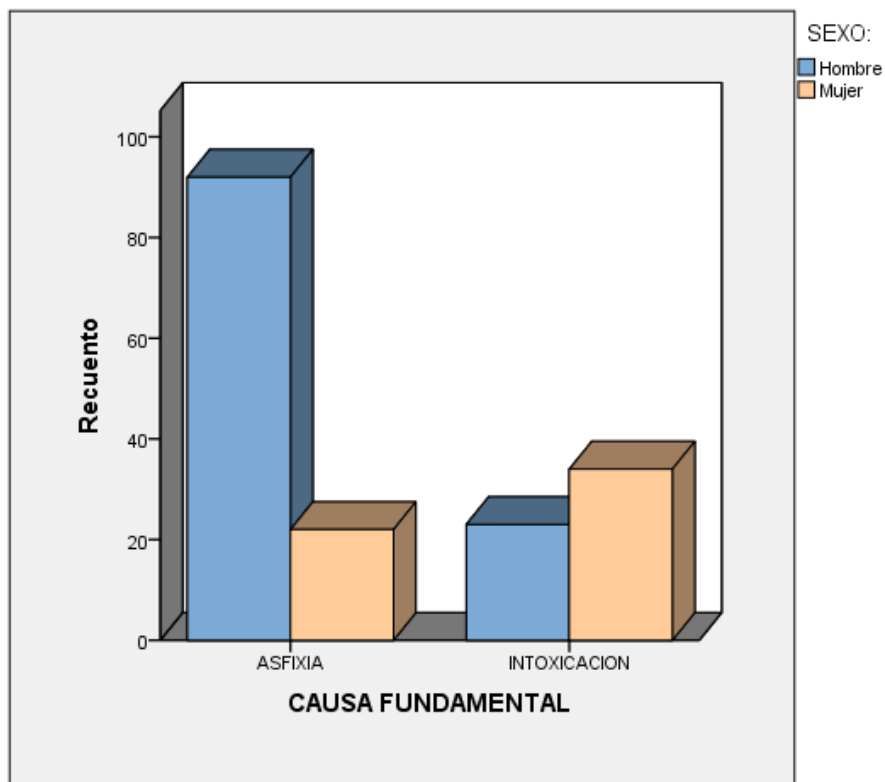


Gráfico 19. Distribución de los casos de asfixia e intoxicación en función del sexo.

B. Asfixia-traumatismo

La **tabla de contingencia 19** muestra que, existen diferencias significativas ($\chi^2=8.324$; $p=0.004$) entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de suicidio, si es asfixia o traumatismo.

Tabla 19. Frecuencia y porcentajes de las muertes por asfixia y traumatismos en función del sexo.

		Asfixia	Traumatismo	Total	$\chi^2; p$ $\Phi; p$
Hombre	N	92	151	243	8.324; 0.004 0.156; 0.004
	%	26,7%	43,9%	70,6%	
Mujer	N	22	79	101	
	%	6,4%	23,0%	29,4%	
Total	N	114	230	344	
	%	33,1%	66,9%	100,0%	

La **Tabla 20** muestra que el riesgo de llevar a cabo un suicidio mediante asfixia es 2 veces mayor entre hombres que entre mujeres (**Gráfico 20**).

Tabla 20. Estimación del riesgo de cometer asfixia o traumatismos en función del sexo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO: (H / M)	2,188	1,276	3,750
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= ASFIXIA	1,229	1,080	1,399
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= TRAUMATISMO	0,562	0,371	0,851
N de casos válidos	344		

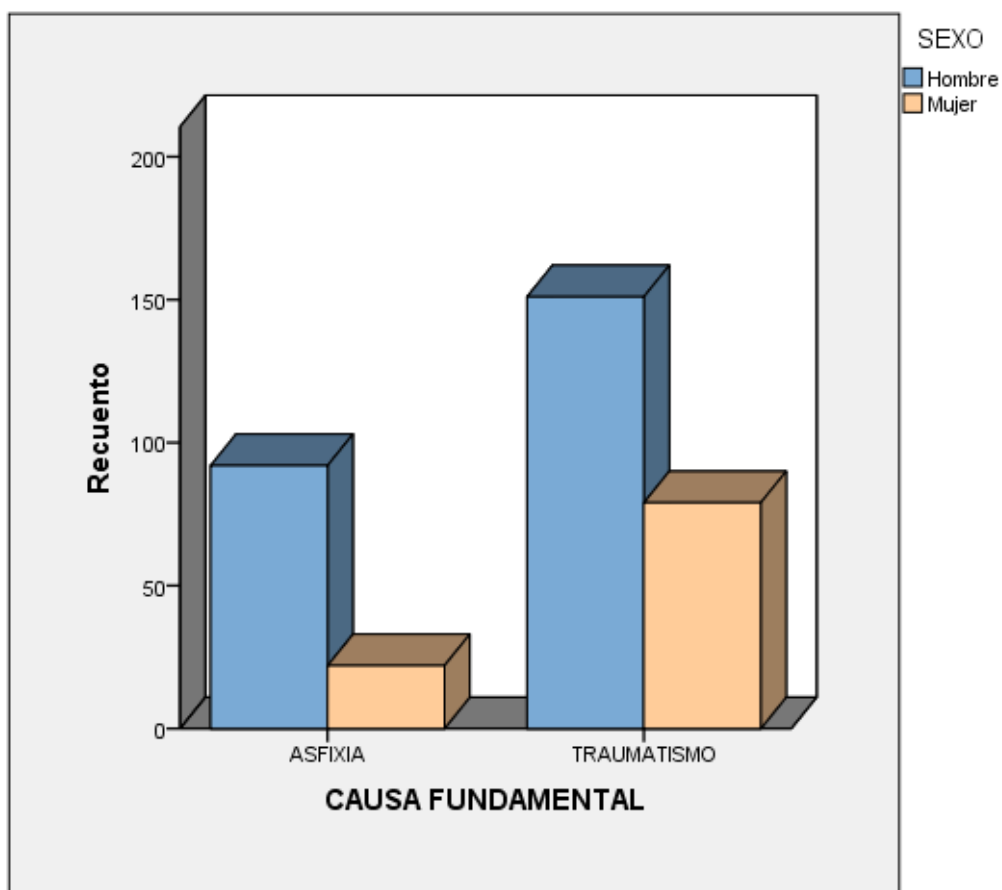


Gráfico 20. Distribución de los casos de asfixia y traumatismo en función del sexo.

C. *Asfixia-herida por armas*

En este caso, no hay asociación en el caso de las muertes por asfixia y heridas por armas. Por lo que, no hay diferencias significativas ni estimaciones entre el sexo y la causa fundamental.

D. *Intoxicación-heridas por armas*

La **Tabla 21** muestra que, existen diferencias significativas ($\chi^2=19.061$; $p=0.000$) entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de suicidio, si es intoxicación o herida por armas.

Tabla 21. Frecuencia y porcentajes de las muertes por heridas de arma e intoxicación en función del sexo.

		Herida por armas	Intoxicación	Total	$X^2; p$ $Phi; p$
Hombre	N	26	23	49	19.061; 0.000 0.471; 0.000
	%	30,2%	26,7%	57,0%	
Mujer	N	3	34	37	
	%	3,5%	39,5%	43,0%	
Total	N	29	57	86	
	%	33,7%	66,3%	100,0%	

La **Tabla 22** muestra que el riesgo de llevar a cabo un suicidio mediante herida por arma, tanto blanca como de fuego, es 12 veces mayor entre hombres que entre mujeres (**Gráfico 21**).

Tabla 22. Estimación del riesgo de cometer suicidio por herida de arma o intoxicación en función del sexo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO: (H / M)	12,812	3,467	47,340
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= HERIDA POR ARMA	6,544	2,143	19,982
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= INTOXICACION	0,511	0,374	0,698
N de casos válidos	86		

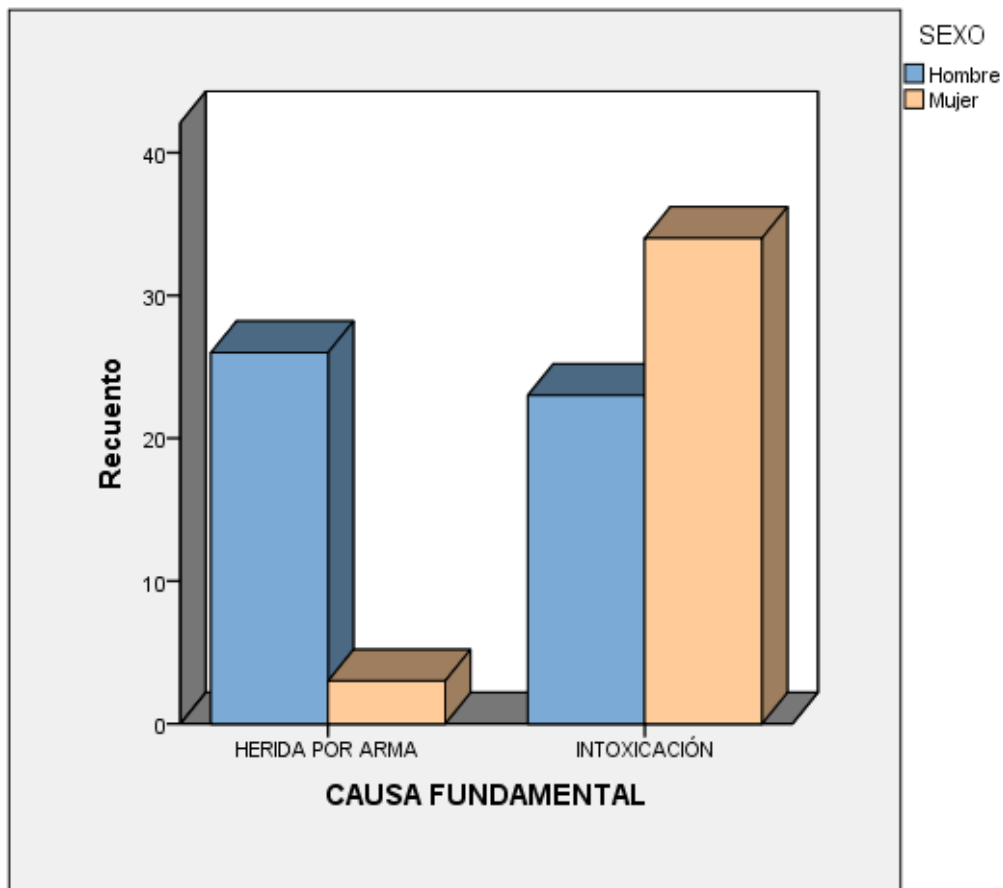


Gráfico 21. Distribución de los casos de intoxicación y herida por arma en función del sexo.

E. Intoxicación-traumatismos

La **Tabla 23** muestra que, existen diferencias significativas ($\chi^2=12.250$; $p=0.000$) entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de suicidio, si es intoxicación o herida por armas.

Tabla 23. Frecuencia y porcentajes de las muertes por asfixia e intoxicación en función del sexo.

		Intoxicación	Traumatismo	Total	$\chi^2; p$ $Phi; p$
Hombre	N	23	151	174	12.250; 0.000 -0.207; 0.000
	%	8,0%	52,6%	60,6%	
Mujer	N	34	79	113	
	%	11,8%	27,5%	39,4%	
Total	N	57	230	287	
	%	19,9%	80,1%	100,0%	

La **Tabla 24** muestra que el riesgo de llevar a cabo un suicidio mediante traumatismo, es 0.4 veces mayor entre hombres que entre mujeres (**Gráfico 22**).

Tabla 24. Estimación del riesgo de cometer intoxicación o traumatismo en función del sexo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO: (H / M)	0,354	0,195	0,642
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= INTOXICACION	0,615	0,442	0,854
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= TRAUMATISMO	1,737	1,315	2,294
N de casos válidos	287		

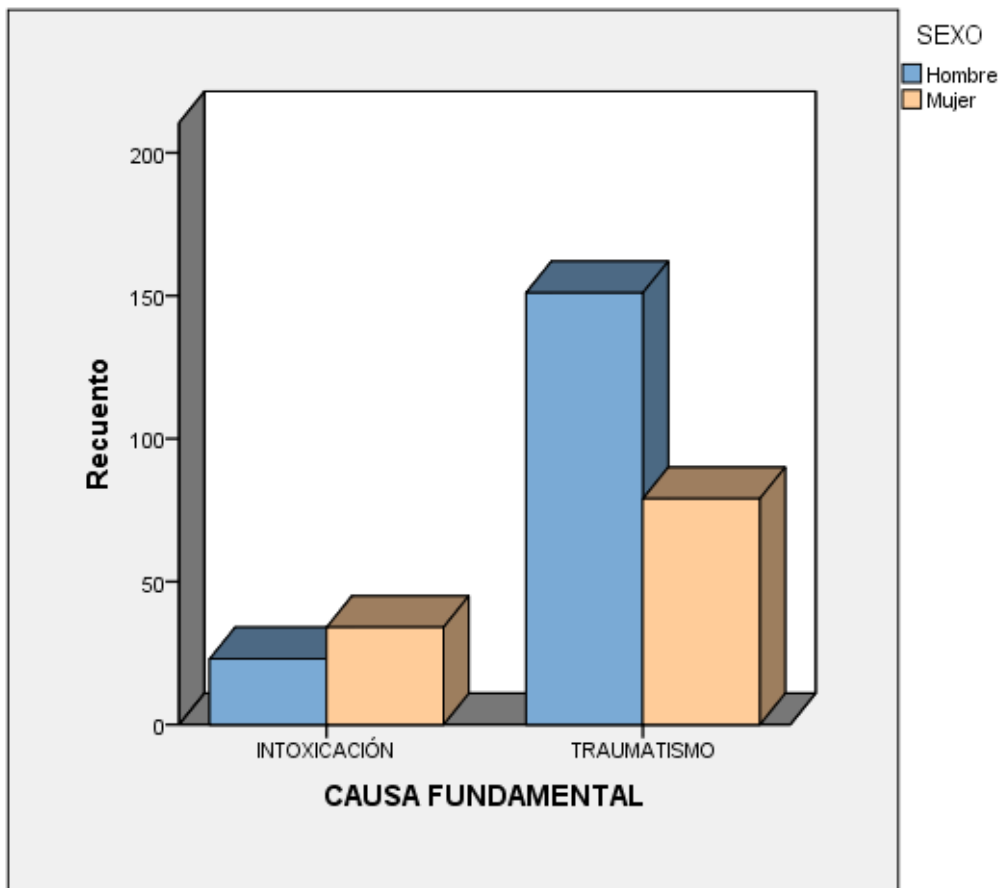


Gráfico 22. Distribución de los casos de intoxicación y traumatismo en función del sexo.

F. Herida por arma-traumatismo

La **Tabla 25** muestra que, existen diferencias significativas ($\chi^2=6.858$; $p=0.009$) entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de suicidio, si es herida por armas o traumatismos.

Tabla 25. Frecuencia y porcentajes de las muertes por asfixia e intoxicación en función del sexo.

		Herida por arma	Traumatismo	Total	$\chi^2; p$ $\Phi; p$
Hombre	N	26	151	177	6.858; 0.009 0.163; 0.009
	%	10,0%	58,3%	68,3%	
Mujer	N	3	79	82	
	%	1,2%	30,5%	31,7%	
Total	N	29	230	259	
	%	11,2%	88,8%	100,0%	

La **Tabla 26** muestra que el riesgo de llevar a cabo un suicidio mediante herida de arma, es 4 veces mayor entre hombres que entre mujeres (**Gráfico 23**).

Tabla 26. Estimación del riesgo de cometer herida por armas o traumatismos en función del sexo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO: (H / M)	4,534	1,331	15,446
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= HERIDA POR ARMA	1,366	1,170	1,595
Para cohorte CAUSA FUNDAMENTAL= TRAUMATISMO	0,301	0,102	0,892
N de casos válidos	259		

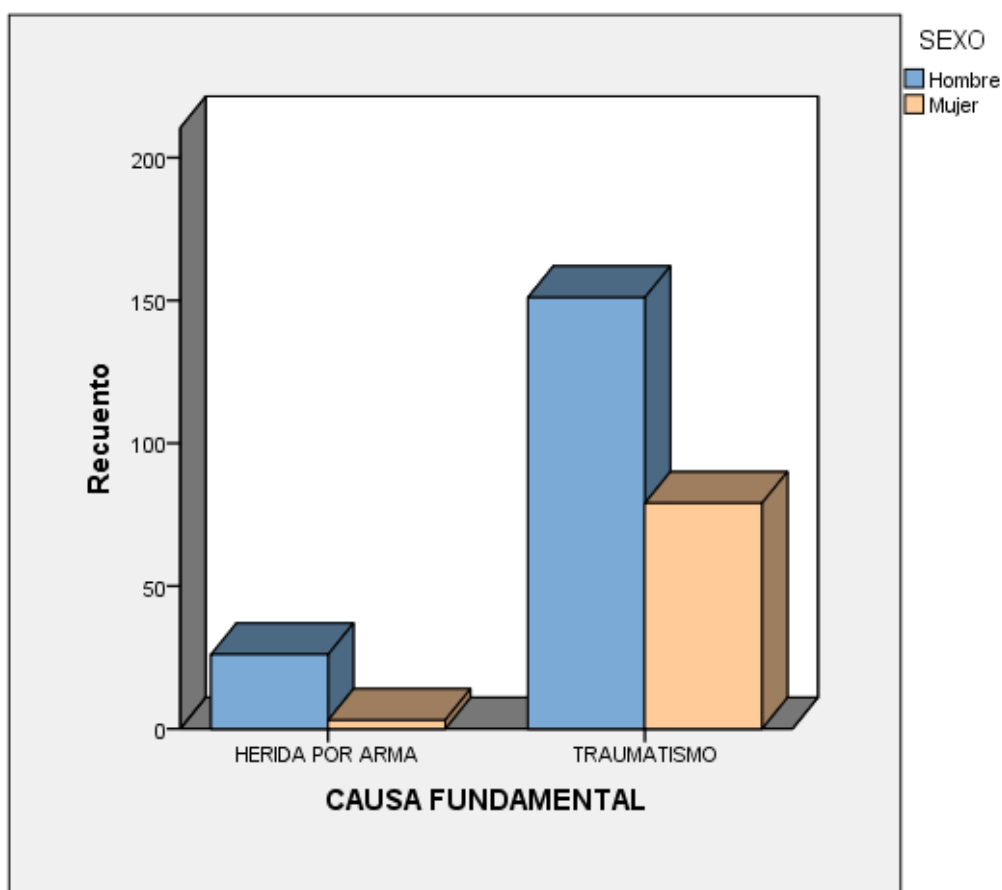


Gráfico 23. Distribución de los casos de herida por arma y traumatismo en función del sexo.

5.5. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA ETIOLOGÍA SUICIDA

En la **Tabla 27** se observa que la principal etiología suicida en los mayores es la precipitación, con casi la mitad de la totalidad de los suicidios consumados (48,1%), seguido de la ahorcadura con casi la cuarta parte de la totalidad (24%), la intoxicación por sustancias farmacológicas (11%) y la herida por arma de fuego (5,1%) entre las más prevalentes.

Tabla 27. Etiología suicida en los mayores de 65 años.

Etiología suicida	n	%
Intoxicación por drogas	2	0.5
Intoxicación por sustancias farmacológicas	47	10.9
Intoxicación por monóxido de carbono	2	0.5
Intoxicación por ingesta de cáusticos	5	1.2

Herida de arma blanca	10	2.3
Herida arma de fuego	22	5.1
Quemaduras térmicas	1	0.2
Asfixia-sumersión	3	0.7
Asfixia-sofocación	7	1.6
Asfixia-ahorcadura	103	24.0
Asfixia-estrangulación	1	0.2
Atropello ferrocarril/metro	19	4.4
Precipitación	207	48.1
Explosión de gas	1	0.2
Total (N)	430	100

Con menor incidencia, se dan otras etiologías suicidas por orden de prevalencia respecto de las ya descritas anteriormente, como la precipitación al ferrocarril, herida por arma blanca, asfixia por sofocación, intoxicación por ingesta de cáusticos, asfixia por sumersión, intoxicación por monóxido de carbono, asfixia por estrangulación, explosión de gas, quemaduras térmicas e intoxicación por drogas.

En el **Gráfico 24**, se muestran la totalidad de las etiologías suicidas porcentualmente, donde se aprecia la prevalencia de las etiologías anteriormente descritas:

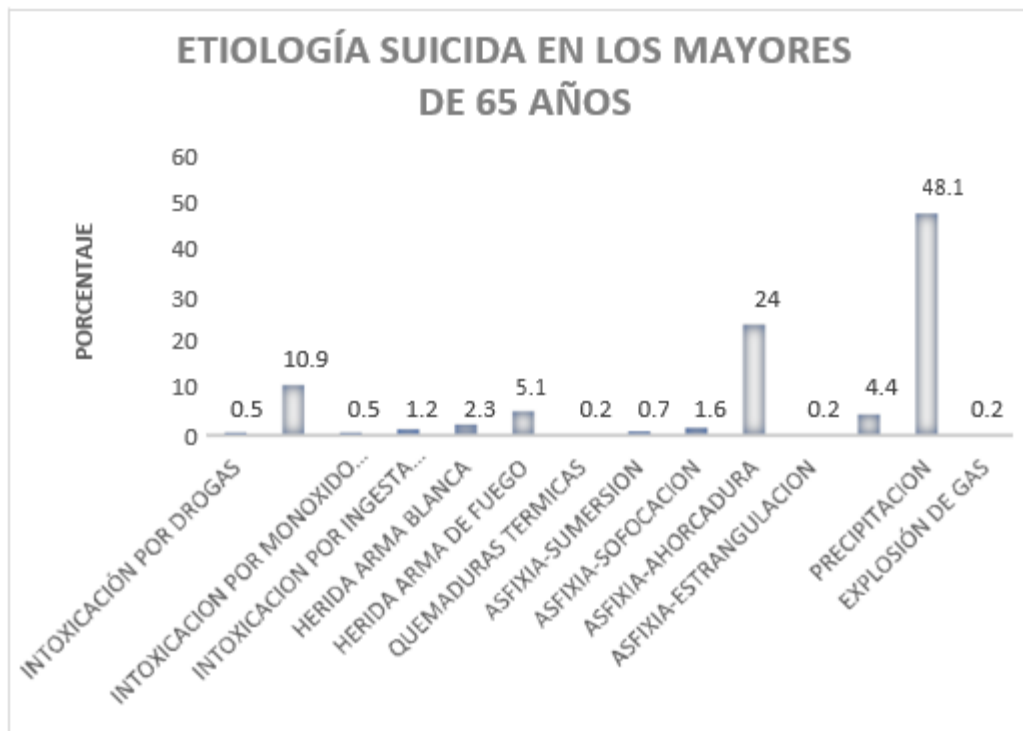


Gráfico 24. Porcentajes de las etiologías suicidas en los mayores de 65 años.

5.5.1. Etiología suicida en relación al género

En relación al sexo, los resultados de la etiología suicida al discriminar por género son:

- En cuanto a los varones, la etiología suicida predominante es la precipitación, con casi la mitad de la totalidad de los suicidios (44,5%), seguida de la ahorcadura con casi una tercera parte de los mismos (30,5%) y la intoxicación por sustancias farmacológicas (6,8%) principalmente. Siguen por orden de prevalencia la precipitación al ferrocarril, herida de arma blanca, asfixia por sumersión, intoxicación por ingesta de cáusticos, intoxicación por monóxido de carbono, asfixia por sofocación y explosión de gas.
- En paralelo, las mujeres presentan la mayor prevalencia en la precipitación como etiología suicida, con más de la mitad de la totalidad de los casos (55,8%), seguido por la intoxicación por sustancias farmacológicas (19,6%) y la ahorcadura (10,1%). Le siguen por orden de incidencia, la asfixia por sofocación, la intoxicación por ingesta de cáusticos, precipitación al

ferrocarril, herida de arma blanca, intoxicación por drogas, asfixia por sumersión, herida de arma de fuego, quemaduras térmicas, intoxicación por monóxido de carbono y asfixia por estrangulación.

Como se recoge en la **Tabla 28** y **Gráfico 25**, se evidencia, que en ambos géneros la principal etiología suicida es la precipitación, seguido de la ahorcadura y la intoxicación por sustancias farmacológicas en el caso de las mujeres.

Además, se muestra el estadístico Chi-cuadrado=65.338, el cual muestra una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2= 65.338$; $p=0.000$) y moderada ($\Phi=0.39$; $p=0.000$) entre las variables etiología suicida y el sexo del sujeto de estudio. Lo cual supone diferencias entre hombres y mujeres en relación a la causa principal de suicidio.

Tabla 28. Etiología suicida por género.

Etiología suicida	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	χ^2; p Φ; p
Intoxicación por drogas (n=2)	0 (0%)	2 (1.4%)	65.338; 0.000 0.390; 0.000
Intoxicación por sustancias farmacológicas (n=47)	20 (6.8%)	27 (19.6%)	
Intoxicación por monóxido de carbono (n=2)	1 (0.3%)	1 (0.7%)	
Intoxicación por ingesta de cáusticos (n=5)	2 (0.7%)	3 (2.2%)	
Herida de arma blanca (n=10)	8 (2.7%)	2 (1.4%)	
Herida arma de fuego (n=22)	21 (7.2%)	1 (0.7%)	
Quemaduras térmicas (n=1)	0 (0%)	1 (0.7%)	
Asfixia-sumersión (n=3)	2 (0.7%)	1 (0.7%)	
Asfixia-sofocación (n=7)	1 (0.3%)	6 (4.3%)	
Asfixia-ahorcadura (n=103)	89 (30.5%)	14 (10.1%)	
Asfixia-estrangulación (n=1)	0 (0%)	1 (0.7%)	
Atropello ferrocarril/metro (n=19)	17 (5.8%)	2 (1.4%)	
Precipitación (n=207)	130 (44.5%)	77 (55.8%)	
Explosión de gas (n=1)	1 (0.3%)	0 (0%)	
Total (N=430)	292	138	

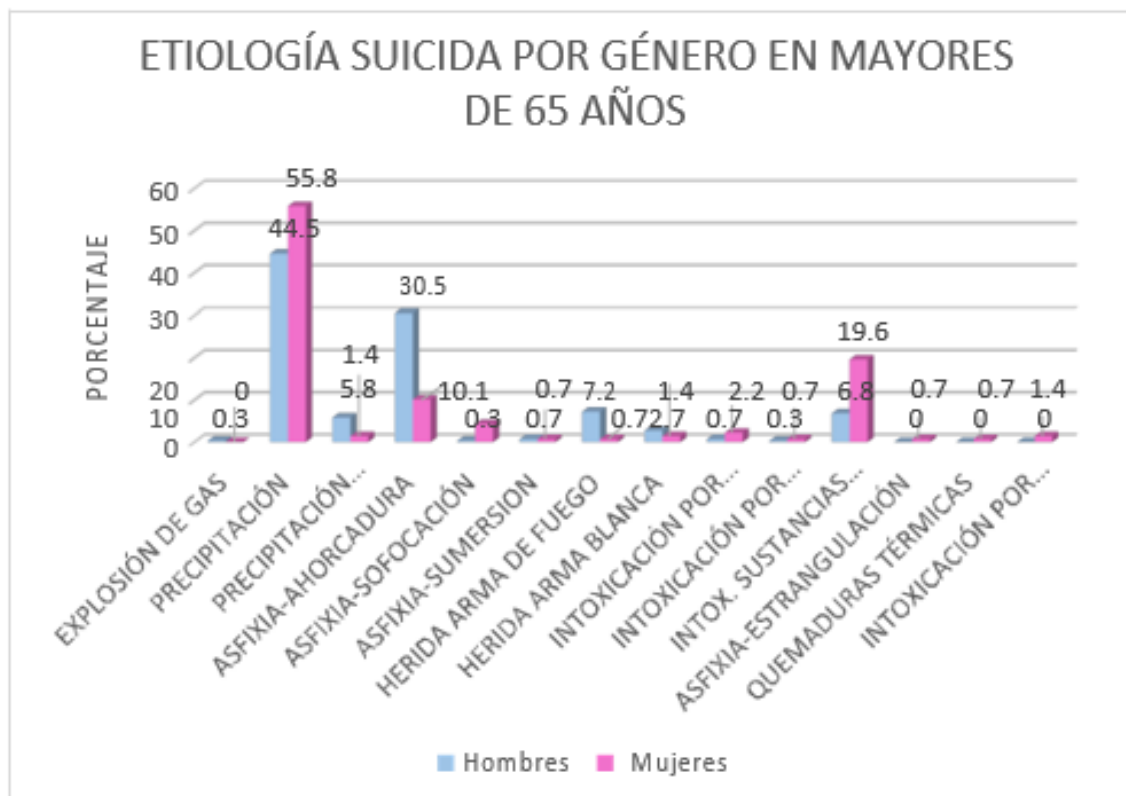


Gráfico 25. Etiología suicida por género en los mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid el periodo 2013-2018.

5.5.2. Etiología suicida en relación al grupo etario

La **Tabla 29** recoge los datos de etiología suicida en función del grupo de edad de pertenencia de los sujetos. Los resultados muestran una distribución relativamente uniforme, sin diferencias significativas en el parámetro Chi-cuadrado ($\chi^2=61.771$, $p=0.278$) por lo que la variable etiología suicida no está relacionada con el grupo etario.

Tabla 29. Etiología suicida en función del grupo etario.

Etiología suicida (n)	65-70 años n (%)	71-74 años n (%)	75-80 años n (%)	81-85 años n (%)	>85 años n (%)
Intoxicación por drogas (n=2)	0	0	0	2 (0.5%)	0
Intoxicación por sustancias farmacológicas (n=47)	18 (4.2%)	10 (2.3%)	10 (2.3%)	5 (1.2%)	4 (0.9%)

Intoxicación por monóxido de carbono (n=2)	0	0	0	1 (0.2%)	1 (0.2%)
Intoxicación por ingesta de cáusticos (n=5)	1 (0.2%)	2 (0.5%)	0	1 (0.2%)	1 (0.2%)
Herida de arma blanca (n=10)	3 (0.7%)	2 (0.5%)	1 (0.2%)	2 (0.5%)	2 (0.5%)
Herida arma de fuego (n=22)	7 (1.6%)	5 (1.2%)	6 (1.4%)	4 (0.9%)	0
Quemaduras térmicas (n=1)	1 (0.2%)	0	0	0	0
Asfixia-sumersión (n=3)	0	0	1 (0.2%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)
Asfixia-sofocación (n=7)	0	0	1 (0.2%)	4 (0.9%)	2 (0.5%)
Asfixia-ahorcadura (n=103)	26 (6%)	19 (4.4%)	27 (6.3%)	15 (3.5%)	16 (3.7%)
Asfixia-estrangulación (n=1)	1 (0.2%)	0	0	0	0
Atropello ferrocarril/metro (n=19)	7 (1.6%)	3 (0.7%)	6 (1.4%)	2 (0.5%)	1 (0.2%)
Precipitación (n=207)	51 (11.9%)	31 (7.2%)	44 (10.2%)	46 (10.7%)	35 (8.1%)
Explosión de gas (n=1)	1 (0.2%)	0	0	0	0
Total (N=430)	116 (27%)	72 (16.7%)	96 (22.3%)	83 (19.3%)	63 (14.7%)

5.5.3. Etiología suicida en relación al año investigado, mes, día de la semana y estación

Se llevó a cabo un análisis de Chi-cuadrado para observar diferencias en los datos. Se evaluó en este caso la interferencia del año investigado, mes y día del suicidio en relación a la etiología suicida. Los resultados obtenidos mostraron que no existe asociación estadísticamente significativa entre el mecanismo suicida y:

- Año investigado ($\chi^2=62.090$; $p=0.738$).
- Mes ($\chi^2=132.537$; $p=0.894$).
- Día de la semana de consumación suicida ($\chi^2=88.129$; $p=0.358$).
- Estación ($\chi^2=33.834$; $p=0.811$).

5.6. PARTIDO JUDICIAL

La Comunidad de Madrid está organizada, a efectos de partidos judiciales, por Madrid capital y sus respectivos municipios o localidades. A este efecto y en relación a la presente investigación, el Instituto Anatómico Forense es la única institución de referencia al carecer dicha comunidad de Institutos de Medicina Legal. Por ello, los presentes datos de la consumación suicida en mayores, han sido facilitados en su totalidad por dicha institución, donde se determina que Madrid capital es donde se produce la mayor consumación suicida en mayores por encima del resto de sus municipios, como se muestra en la **Tabla 30**.

Tabla 30. Frecuencia porcentual por partido judicial del suicidio consumado en los mayores.

Municipios	n (%)	%
ALCALA DE HENARES	1	0.2
ALCOBENDAS	13	3
ARANJUEZ	2	0.5
ARGANDA DEL REY	4	0.9
COLLADO VILLALBA	5	1.2
GETAFE	11	2.6
LEGANES	12	2.8
MADRID	274	63.7
MAJADAHONDA	8	1.9
MOSTOLES	18	4.2
NAVALCARNERO	9	2.1
PARLA	3	0.7
POZUELO DE ALARCON	6	1.4
TORREJON DE ARDON	11	2.6
VALDEMORO	4	0.9
Total (N)	430	100

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

Realizando un análisis criminológico de la presente investigación y al ser la Criminología una ciencia multidisciplinar encargada de estudiar el delito, el infractor, la víctima y el control social del comportamiento delictivo, su carácter multidisciplinar, creo conveniente revisar las perspectivas anteriores y reflexionar con ellas un tema tan importante como es el que se aborda en esta investigación.

En la actualidad, se aprecia una evolución en la percepción social del suicidio. Tal y como sostiene Menno Boldt (1988, citado por Bille-Brahe, 2000), existen una gran cantidad de concepciones socio-culturales del suicidio que abarcan desde un pecado imperdonable, hasta un acto psicótico, un derecho humano, una obligación ritual, y un acto impensable, entre otros. Esta variedad de términos asociados al suicidio, dependen tanto de aspectos culturales (la religión es uno de los factores fundamentales a la hora de percibir el suicidio de una u otra manera), como sociales y psicológicos.

A lo largo de la historia la percepción social de este fenómeno ha variado ampliamente. Resulta complicado saber con certeza qué posicionamiento mantuvieron las sociedades más primitivas respecto a este fenómeno. De hecho, en Grecia, consta tanto la prohibición del mismo como la posibilidad de realizarlo bajo ciertas circunstancias. Con la llegada del cristianismo pasó a convertirse en uno de los mayores pecados (aunque esto fue sobre todo influencia de San Agustín, y el suicidio se comenzó a condenar a partir del año 452; actualmente el cristianismo no penaliza tanto este tipo de conductas). También era visto como un acto psicótico tan sólo realizado por personas con cierta psicopatología.

Posteriormente llega el auge de los derechos y libertades personales con la Revolución Francesa, y comienza a verse como un derecho de los individuos, lo que provocó su despenalización en la mayoría de países (Suárez Suárez, 2000). Así pues, llega la controversia, la protección estatal del bien jurídico, vida y el derecho a disponer de la propia vida. Para poder responder a esta cuestión, debemos acudir al artículo 15 de la Constitución Española de 1978 (Biblioteca de Legislación Serie Menor, 2003), que dice así:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”.

Por tanto, la vida es un derecho fundamental protegido por la Constitución (Biblioteca de Legislación Serie Menor, 2003), y no está permitido realizar actos que puedan ocasionar daños a la vida ajena. Pero, en ningún momento se habla de no atentar contra la propia vida.

La mayoría de países, a excepción de los nombrados anteriormente, ven el suicidio asistido y el auxilio al suicidio como actos ilegales, aunque bajo ciertas circunstancias las penas que corresponden al acto son más bien simbólicas y sirven para disuadir a la población de realizarlos, pues se entiende que al no revestir una mayor gravedad el castigo no deberá ser muy severo, es decir, se estaría aplicando la función simbólica del derecho penal. En algunos países incluso el suicidio es ilegal, a pesar de que, si se consuma, la persona, lógicamente, no podrá ser penada.

En base a los estudios realizados puede afirmarse que la gran mayoría de las personas que se suicidan, en torno al 90%, deberían ser tratadas psicológicamente porque tienden a llegar a esas conclusiones debido a diversos trastornos. Sin embargo, se puede mantener una posición favorable hacia el suicidio en aquellas personas que, estando mentalmente sanas y capaces, hayan tomado una decisión meditada de forma libre. Pero, hay que recordar, que este conjunto de personas lo conforma una minoría muy restringida.

Además de todo lo expuesto, llega el segundo tema de conflicto o controversia, más relacionado con la eutanasia y el auxilio al suicidio. ¿Debe protegerse la vida o la vida digna? En estos casos, la mayoría de países, lo consideran actos ilegales. Es decir, no se permite que terceras personas dispongan de la vida de otro, aunque este individuo se encuentre en una situación de sufrimiento como consecuencia de una enfermedad irreversible. No se permite ni que otras personas le proporcionen los medios necesarios para realizar el suicidio por sí mismo, ni que otras personas acaben con su vida en caso de encontrarse en

una situación de incapacidad (ya sea física o mental). Por ende, lo que el Estado está permitiendo al ilegalizar estas conductas, es que personas que se encuentran en un “estado vegetativo” (cuando una persona no da señal alguna de consciencia y es incapaz de reaccionar), o personas que como consecuencia de alguna enfermedad sólo puedan mover la cabeza y hablar, o individuos que se encuentran sedados permanentemente por padecer dolores insufribles, pasen largas temporadas en hospitales mientras se consumen física y moralmente, y no sólo ellos sino también sus familiares.

De esta forma, se habla de la cooperación al suicidio bajo circunstancias de enfermedad irreversible y que produce un gran dolor, por lo que se castiga a la persona con una pena pequeña que puede ser suspendida o sustituida. De esta forma la población ve que ese acto se castiga y no lo realiza, pero el sujeto activo no sale muy perjudicado porque se entiende que ha sido un acto humano y solicitado por el sujeto pasivo. Con esto no se quiere decir que haya que acabar con la vida de estas personas cuando se encuentren en alguna de estas situaciones, pero si han elaborado previamente una declaración de voluntades anticipadas, y en ellas consta la eutanasia para estos casos, debería legalizarse y respetarse esta decisión (por supuesto siempre que haya sido meditada suficientemente y de forma libre).

En conclusión, la vida debe vivirse, debe ser digna, debe ser de calidad, y cuando una persona, dándose las circunstancias expuestas, no quiere continuar viviéndola, lo más racional sería respetar su decisión y no castigar a quienes quieran ayudarla.

A pesar de todo lo expuesto, es necesario incluir un matiz, el del control. Todas las sociedades necesitan un control, unas normas, para lograr crear una comunidad con una convivencia medianamente pacífica, hecho que se ha dado desde las sociedades más primitivas hasta las más contemporáneas. Ello implica que todo derecho conlleva sus limitaciones, porque un exceso de permisibilidad puede dar lugar a consecuencias extremadamente graves. Por ejemplo, en Suiza, cuando se abrieron las instituciones que permitían la eutanasia, se comenzó a hablar de un “Turismo suicida”, haciendo referencia a la gran cantidad de individuos de todo el mundo que acudían allí para acabar con su propia vida. No obstante,

aunque en dicho lugar la eutanasia no esté penada, existe una regulación, que, como todo, deberá ir mejorándose con el tiempo. De modo que la legalización del suicidio asistido o el auxilio al suicidio, al igual que todos los derechos, no están exentos de una amplia regulación y control. Además, y como última cuestión, al considerar a las personas que cometen suicidio como víctimas, ¿no estarían incurriendo los estados en una victimización secundaria al penalizar el suicidio, la eutanasia y el auxilio al suicidio? De alguna manera se está obligando a un individuo a vivir cuando su deseo es el de morir, ya sea por padecimientos insufribles como consecuencia de una enfermedad física incurable, por causas psicológicas, o por cualquier otro motivo. En definitiva, la persona que quiere quitarse la vida porque, por diversos motivos, no la desea, está siendo obligada, por parte del Estado, a mantenerse en ella independientemente de si vive de forma digna o no.

Tras la revisión de los conocimientos retrospectivos y actuales, tales como estudios observacionales, estudios de cohortes, estudios transversales, estudios cualitativos y teoría fundamentada que se publican en Scopus, PubMeds, PsycINFO y Web of Science, se observa que el suicidio en los mayores, se han estudiado utilizando modelos teóricos y experimentales diferentes y en algunos casos contradictorios en relación a los resultados y conclusiones.

En la actualidad, se han realizado varias revisiones sistemáticas y narrativas en relación al suicidio consumado en los mayores, por ejemplo revisión de las teorías psicológicas y sociales (Stanley et al, 2016), sobre las enfermedades físicas y debilidades funcionales (Fassberg et al, 2016), desde la perspectiva de género (Fung y Chan, 2011), prevención del suicidio (Lapierre et al, 2011) y neurobiología del suicidio en los mayores (Devantoy et al, 2016), con especial incidencia ésta última, en la vía biológica, que incluiría genes responsables, enfermedades vasculares y procesos degenerativos que conllevan vulnerabilidades que inciden en el acto suicida del mayor.

La mayoría de dichas revisiones no inciden específicamente en los mayores, han descrito y discutido principalmente las implicaciones y aplicaciones de las teorías generales y conocidas del suicidio, como modelo o explicación del suicidio en la vejez. Si se ha estudiado el suicidio en los mayores desde una perspectiva

epidemiológica, social y cultural y desde teorías cognitivas, psicológicas (principalmente emoción y cognición), familiares, interpersonales y el modelo motivacional-volitivo para explicar y comprender la etiología del suicidio en la vejez.

- El envejecimiento conlleva la certeza de diferentes cambios en diferentes contextos individuales y vitales, siendo en este punto de la vida, donde el mayor dependiendo de sus capacidades y resiliencia, puede hacer frente de manera funcional o disfuncional a la última etapa de la vida. Cambios como la jubilación laboral o profesional, reducción del vigor físico, problemas de locomoción, enfermedades cardiovasculares, disminución de la función intelectual, cambios en los placeres sensoriales, relaciones sociales y familiares, economía, una conciencia de la muerte desconocida hasta entonces, cambios, en definitiva, inherentes a la vejez y, el afrontamiento funcional o disfuncional de los mismos, determinarán el riesgo suicida en el mayor. La consumación autolítica en esta edad es un serio problema, por su alto grado de premeditación, por sus mecanismos violentos, por la existencia de enfermedades médicas concomitantes.

- La conducta suicida en el mayor tiene los siguientes rasgos distintivos:
 - a. Realizan menos intentos e ideación suicida que los otros grupos etarios.
 - b. Usan mecanismos suicidas muy letales.
 - c. No reflejan señales de aviso.
 - d. Dichos actos suicidas son premeditados y reflexivos, nada impulsivos.
 - e. Pueden asumir formas de suicidio pasivo (dejarse morir).

Por estas características específicas del mayor suicida, en la presente investigación se proponen como uno de los objetivos la prevención de esta conducta desde la sanidad pública española, concretamente desde la atención primaria que como veremos en este apartado de la discusión y basándonos en diversas investigaciones, es donde principalmente acuden los mayores antes del intento autolítico.

- La población mayor de 65 años en España está entorno al 19% de la población total, concretamente unos 8 millones y medio, con una previsión futura del 26% en el año 2031 (INE, 2017). En España igualmente, consuman el acto suicida cerca de 4000 personas al año, siendo la primera causa a nivel nacional de muerte. Casi 1 de cada 9 suicidios acaecidos en España, pertenecen a residentes madrileños, lo que convierte a la Comunidad de Madrid en la quinta comunidad autónoma de muertes por suicidio (INE, 2018). La población mayor a nivel mundial se prevé que aumente del 10% en el año 2000 hasta un 21% en 2050, casi la cuarta parte de la población mundial según refiere la OMS.

Actualmente y según reporta el mismo organismo, existe una tasa suicida de 10,5 por cada 100.000 habitantes en todo el mundo. Las tasas de suicidio en los mayores son generalmente más altas que en otros grupos de edad, a pesar de que la mayoría de países reportaron un descenso, a excepción de los EE. UU, en los años ochenta y principios de los noventa, atribuidos a restricciones en el acceso a medios letales y a una mejor atención de salud mental como argumentan Lozano et al. (2018).

La OMS establece que la tasa suicida se fija en función del número de actos suicidas por cada cien mil habitantes. La muestra obtenida en este estudio arroja un total de 430 muertes por suicidio en los mayores a partir de los 65 años en la Comunidad de Madrid durante el período comprendido entre 2013 y 2018, ambos inclusive, equivalente a una tasa del 39,42 por cada 100.000 habitantes, determinando una tasa muy alta según los baremos de la OMS, superando al país de la OCDE con la tasa más alta de suicidios, Japón, que además ocupa la décima posición mundial en lo que refiere a la tasa suicida en mayores. Por tanto, España supera a Japón en la tasa suicida, evidenciando de manera contradictoria la disminución general de las tasas suicidas a nivel mundial y de los países desarrollados.

En otra investigación similar y retrospectiva en la Comunidad de Madrid, concretamente la de Osuna et al. (1997), se reportan tasas a este respecto diferentes, concretamente una tasa muy inferior a la actual, concretamente el 10,05 por cada 100.000 habitantes, que evidenciaba una tasa suicida del mayor paralela a la mayoría de los países desarrollados y de la OCDE. Por otro lado, en relación

al aumento de las tasas suicidas en el mayor, concretamente a partir de los años noventa hasta la actualidad, investigaciones como la de Diego de Leo et al. (2019), Santurtún et al. (2017), Rostami et al. (2018), Jacqueline (2019) y otras retrospectivas como la de Sainsbury (1990) y Jegesy (1995), reportan que las tasas suicidas en los mayores tienen la tendencia de incrementar cada año en la mayoría de las ciudades y países. Esto puede ser debido a que en Madrid concretamente y, en España en general, la población ha envejecido de manera significativa, por diversos factores entre los que destacaría el aumento real y estadístico de la esperanza de vida en ambos géneros, situándose en los 85 años de edad, que junto con la escasez o rebaja significativa de los nacimientos, es probable que se esté formando una posible inversión de la pirámide natural demográfica o irregularidad en la misma, junto con escasas campañas específicas de prevención en la vejez, mejoras en la atención médica y la calidad de vida de este segmento etario.

Fuera de España, en zonas hiperpobladas como como Asia (4.500 millones de personas de un total de 7.700 millones en todo el mundo), se produce el 60% de la consumación suicida mundial y, países con una alta densidad de población como China, India y Japón representan el 40% de la consumación suicida mundial según estudios como el de Beautrais (2006), datos de prevalencia altísimos independientemente o contrarios a esta investigación y de cualquiera otra análoga, que se supone pudiera ser debido a factores como la inclusión de las tentativas suicidas, entre otros, en la totalidad de los datos suicidas, ya que normalmente en Asia (a excepción de Japón) se dan tasas bajas de consumación suicida en relación a Europa y Norteamérica.

En los Estados Unidos de América, el suicidio no es la principal causa de muerte violenta, la misma ocupa el décimo lugar y, diversas investigaciones como la de Fazel y Runeson (2020), concluyen que las tasas de consumación suicida aumentan un 1,5% anualmente desde el año 2000 hasta cerca de la actualidad, concretamente de una tasa de 21 suicidios por 100.000 habitantes en 1999 a una tasa de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes en 2017, presumiblemente por el creciente y continuo acceso “fácil” a mecanismos suicidas muy letales como las armas de fuego, siendo este el principal método suicida. Estos autores igualmente

afirman que las tasas más altas de suicidio se dan en Europa y, dentro de la misma, las tasas más bajas se sitúan en el este Mediterráneo.

También los países de Europa del Este presentan tasas elevadas de mortalidad por conducta suicida en el mundo. El resto de Europa, Norteamérica y algunos países del Pacífico, se encuentran en niveles medios en tasas de suicidio y, en África no se dispone de información suficiente, lo que pudiera deberse a motivos culturales y religiosos donde el islam es la referencia.

Por último, en América Latina junto con Asia, esta última mencionada anteriormente, son las zonas geográficas con las tasas más bajas en lo que se refiere a la consumación suicida.

Esta variación en las tasas suicidas en el mayor a nivel nacional e internacional ya se podían intuir a finales de los años noventa a través de diversas investigaciones realizadas al respecto como la de Sartorius (1996), la de Moscicki (1996), Cohen et al. (1998), Duggan (1991) donde evidenciaban cambios en las tasas suicidas en los países europeos y en el resto del mundo debido a la accesibilidad a mayor número de mecanismos suicidas y un aumento muy significativo en las sociedades occidentales de los trastornos psicológicos, concretamente la depresión.

En investigaciones más prospectivas se observa un claro paralelismo en el cambio, concretamente el incremento suicida en los mayores en la misma línea que en las investigaciones retrospectivas mencionadas anteriormente, es decir, referidas al acceso fácil a mecanismos suicidas letales y el incremento de patologías mentales, principalmente la depresión como argumentan en sus investigaciones Lindsay et al. (2019), Echeburúa (2015), Fazel y Runeson (2020), Barbería et al. (2018), Tapanes López et al. (2015) y Pérez Barrero (2012). Hay que tener en cuenta que el incremento de la depresión en el mayor pudiera ser debido a la mayor detección de la misma y sus respectivas herramientas que se han ido implementando con los avances en la salud mental, a nivel mundial.

6.1. CONSUMACIÓN SUICIDA RESPECTO A LA EDAD Y EL SEXO

En cuanto al sexo y la edad media resultante de los suicidios consumados en mayores, la edad media en ambos géneros es de 77 años \pm 5.08 años, donde la mayor prevalencia e incidencia suicida se da claramente en los varones con 292 casos, el 67.9% de los casos frente a 138 casos que supone el 32.1% de las mujeres, pudiendo decir que de cada mujer que se suicida lo hacen casi 3 varones (relación de 3:1).

Por otro lado, esta investigación concluye que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres y los grupos etarios de pertenencia. De esta forma, encontramos una mayor distribución de hombres en todos los grupos etarios ($p=0.000$).

Osuna et al. (1997) concluían de manera casi análoga en su investigación, que la edad media de las personas mayores que habían consumado el suicidio era de 76.2 años y una prevalencia suicida de los varones de 2:1. Echeburúa (2015) mantiene una conclusión similar, al afirmar que los varones mayores consuman el suicidio tres veces más que las mujeres.

Igualmente, en el estudio realizado por Tello Rodríguez et al. (2016), afirman que la consumación suicida en los varones duplicaría a las mujeres, Ovalle Borrego y Santana (2013) concluyen que la relación suicida en los varones mayores es cuatro veces superior respecto a las mujeres.

Retrospectivamente, se evidencia de manera análoga la misma incidencia suicida prevalente en el mayor, como argumentan las investigaciones de De las Heras y Dueñas (1988), Eldrid (1993), Asberg y Forslund (2000), Szanto et al. (2002), Pearson y Conwell (1995), Bron (1990), Frierson (1991), siendo de mayor incidencia en el varón, que, dependiendo de las zonas geográficas, suele tener una relación que abarca desde 3 a 1 (tres varones mayores consuman el suicidio por cada mujer) hasta 5 a 1.

Por lo tanto, comparando diferentes estudios e investigaciones, generalmente todas concluyen y coinciden de manera clara, en que los varones mayores consuman más el suicidio que las mujeres, a las que triplican como

mínimo en número. A partir de los 65 años, los varones son los que tienen mayores tasas de suicidio consumado (Pearson y Conwell, 1995; Kennedy et al., 2000) unido a un mayor diagnóstico de depresión (Frierson, 1991).

Además, esta diferencia de consumación suicida relativa al género, puede ser por factores biológicos, es decir, la mujer es generadora natural de la vida humana y probablemente se aferre más a la vida por ello intrínsecamente y por la mayor vulnerabilidad al dolor del varón en relación a la mujer. También pudiera deberse a las diferentes características de los roles de género (Frackiewicz et al., 2000; Canetto y Sakinofsky, 1998), es decir, por los mismos factores biológicos inherentes al sexo, unido a los patrones de formación influidos por elementos contextuales caracterizados culturalmente y socialmente.

Una última explicación podría tener su origen o ser el reflejo de que las mujeres tienden a buscar más la ayuda antes de la consumación suicida (Murphy, 1998), acuden o son derivadas a los servicios de salud tras un intento suicida (por ejemplo, una intoxicación medicamentosa), mientras que sus homónimos varones, al usar métodos más letales, llegan a consumir el suicidio generalmente por lo que la actuación de los servicios de salud no puede ser aplicada. La mujer, prevalece de manera muy significativa en las tentativas suicidas o intentos suicidas.

En referencia a la edad de los suicidas mayores de la presente investigación, discriminando por 5 grupo etarios, personas de 65-69 años (n=116), de 70-74 años (n=72), de 75-79 años (n=96), de 80-84 años (n=83) y personas con edades superiores a 85 años (n=63), la mayor incidencia recae sobre el grupo de mayores comprendido entre los 65 a 69 años, con un 30% del total, seguido por el grupo etario comprendido entre los 75 y 79 años con un 22.3% del total.

Del mismo modo, este dato relativo a la incidencia suicida discriminada por grupos etarios, muestra que los que tienen mayor prevalencia suicida sean los mayores en el inicio de la etapa vital de ancianidad o senectud (65 a 69 años), de inicio de la jubilación laboral, supuestamente con nuevas ilusiones familiares y sociales (de ocio, viajes, etc.), que justifica la evidencia y necesidad de intentar abordar y prevenir esta problemática.

6.2. MECANISMOS SUICIDAS PREVALENTES EN LOS MAYORES

En la presente investigación se observan varios mecanismos suicidas prevalentes en el mayor, siendo el de mayor incidencia los traumatismos y politraumatismos que suman un total de 230 casos (53.5%), la asfixia (n=114; 26.5%) y la intoxicación (n=56; 13%). Le siguen por orden de incidencia el arma de fuego (n=19; 4.4%), arma blanca (n=10; 2.3%) y quemaduras (n=1; 0,2%).

En la misma línea, coinciden numerosos estudios retrospectivos y prospectivos, como Szanto et al. (2002), Reynolds et al. (1995), Pearson y Conwell (1995), Lester y Yang (1992), Stenback (1980), Farberow (1980), Asberg (2000), Duberstein et al. (1993), Conwell et al. (1990), Casado Blanco (2002), Barbería et al. (2018), Rostami et al. (2018), Maderuelo et al. (2015) y Fazel y Runeson (2020), al evidenciar los traumatismos, la asfixia y el arma de fuego como principales y prevalentes mecanismos suicidas en el mayor. Esto puede entenderse como búsqueda de una letalidad certera y de fácil acceso por parte de los mayores desde que se tiene evidencias o investigaciones al respecto.

- Al discriminar por género el mecanismo suicida utilizado en los mayores, se pueden observar en los resultados que existen diferencias significativas en el mecanismo suicida elegido según hombres y mujeres ($\chi^2=38.634$; $p= 0.000$).

En los varones, el principal mecanismo suicida es el traumatismo, con casi la mitad del total de los suicidios (49,3%) y la asfixia (34,6%). Le siguen por orden de incidencia, la intoxicación (7,9%), arma de fuego (6,1) y arma blanca (2,7%).

En las mujeres, el principal mecanismo suicida es también el traumatismo, con más de la mitad de los casos (56,5%), seguido de la intoxicación con casi una cuarta parte de los casos (24,6%), determinando entre ambos las 4/5 partes del total de los mecanismos suicidas (81,1%). Le siguen en orden de incidencia la asfixia (16%), arma blanca (1,4%), arma de fuego (0,7%) y quemaduras (0,7%).

En otras investigaciones anteriores y actuales, la causa suicida es similar, aunque con algunos matices, como por ejemplo el estudio realizado por Hernández Rodríguez (1996), donde la causa suicida en los varones era la asfixia

provocada por la ahorcadura, seguido de la precipitación, pero en cambio, en las mujeres dicha causa suicida es la precipitación.

Tapanes López et al. (2015), afirman que los mayores utilizan métodos de letalidad certera, concretamente en el 85% de los varones mayores que han consumado el suicidio, es por ahorcamiento, precipitación y por arma de fuego.

En la misma línea, se posicionan Echeburúa (2015), Vargas Sanabria (2017), Barbería et al. (2018) y Pérez Barrero (2012), concluyendo en sus investigaciones, que el mecanismo suicida predominante en los varones mayores es la ahorcadura (asfixia), mientras que en las mujeres mayores es la precipitación al vacío (traumatismos) en analogía con la intoxicación medicamentosa, lo cual concuerda con los resultados de esta investigación, donde se muestra que, eliminando el suicidio por traumatismos la principal causa en mujeres es por intoxicación y en hombres por asfixia ($\chi^2=36.015$; $p=0.000$).

Una vez se enfrentan los principales mecanismos, en esta investigación se llegó a la conclusión de la asfixia como mecanismo principal difería según el sexo y estaba relacionado con el día de la semana de cometer el acto y la estación del año.

De este modo, los resultados obtenidos fueron que, cuando el mecanismo es "asfixia", los hombres presentan más casos de suicidio los domingos ($n=16$; 14%) y en la estación de otoño y verano ($n=28$; 24.6%). Por otro lado, las mujeres que ejecutan el suicidio mediante asfixia presentan mayor incidencia los jueves ($n=9$; 7.6%) y en los meses de primavera ($n=11$; 9.6%).

Además, en este estudio se procedió al análisis de riesgo de las poblaciones de mayores en función al sexo para poder observar cual es probabilidad de llevar a cabo un mecanismo u otro según el género.

Los datos que se obtuvieron fueron que los hombres presentan 6 y 12 veces más de probabilidad de cometer una asfixia ($n=92$; 54.1%) y un suicidio por arma de fuego o arma blanca ($n=26$; 30.2%) respectivamente, que las mujeres, ya que estas tienen mayor tendencia a la intoxicación ($n=34$; 19.4% y 39.5%).

Otras investigaciones inciden en el contexto geográfico de los mayores suicidas, es diferente el mecanismo suicida en los mayores en los Estados Unidos o Sudamérica, donde el principal mecanismo en los varones es por arma de fuego de manera muy prevalente y, en mujeres, la tipología se corresponde a distintas formas de envenenamiento, tanto medicamentosa como por productos tóxicos, como afirman Tapanes López et al. (2015) y Conwell et al. (2011).

Estos mecanismos suicidas discriminados por sexos, se debería a la mayor impulsividad del varón en la consumación suicida, previamente meditada y reflexionada junto con la búsqueda certera de muerte, utilizando generalmente métodos suicidas más letales. Igualmente, los varones mayores reflejan menos señales de aviso, que junto a formas pasivas autolíticas, como no ingerir alimentos o medicación, suponen una dificultad añadida a la hora de la detección suicida.

También el contexto geográfico incidiría en el mecanismo suicida elegido por varones y mujeres, que varía según la zona del mundo donde se han realizado las diversas investigaciones como se ha observado, entre ahorcamiento, arma de fuego e intoxicación medicamentosa, lo que pudiera estar motivado principalmente por la facilidad o dificultad de acceso a los mismos y en relación de si se trata de contextos rurales o urbanos.

6.3. ETIOLOGIA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS MAYORES

La etiología de la conducta suicida en los mayores es multifactorial, concretamente en la elección del método de suicidio, intervienen múltiples factores como el sexo, la cultura, la religión, las tradiciones, modo de vida y contexto geográfico, sumado en la mayoría de los casos a la existencia de trastornos depresivos y trastornos límites de la personalidad, donde además se añade, que la mayoría de ellos no acude a los centros sanitarios, lo que da lugar a una difícil detección y prevención de este problema.

La principal etiología suicida en los mayores es la precipitación que cuenta con 207 casos de suicidio consumado (48.1%), seguido de la ahorcadura con 103 casos lo que supone un 24% del total y de la intoxicación por sustancias farmacológicas y la herida por arma de fuego con un 10.9% (n=47) y un 5.1% (n=22), respectivamente.

Con menor incidencia, se dan otras etiologías suicidas por orden de prevalencia respecto de las ya descritas anteriormente, como el atropello por ferrocarril/metro (n=19; 4.4%), herida por arma blanca (n=10; 2.3%), asfixia por sofocación (n=7; 1.6%), intoxicación por ingesta de cáusticos (n=5; 1.2%), asfixia por sumersión (n=3; 0.7%), intoxicación por monóxido de carbono e intoxicación por drogas (n=2; 0.5%), asfixia por estrangulación, explosión de gas y quemaduras térmicas (n=1; 0.2%).

En investigaciones llevadas a cabo por varios autores como Echeburúa (2015), Barbería et al. (2018) y según el INE (2018) la etiología suicida predominante es el ahorcamiento, seguida por la precipitación y el ahogamiento y, por último, el envenenamiento, lo cual coincide en término general con la etiología principal de suicidio de este estudio.

En la misma línea de los resultados presentados en esta investigación, encontramos estudios como el de Fazel y Rumeson (2020), Vargas Sanabria (2017) y Borrego y Santana (2013), donde concluyeron que la prevalencia principal de la etiología suicida en los mayores son el ahorcamiento, la precipitación desde alturas e intoxicación por sustancias farmacológicas, con la salvedad significativa de la sección de vasos sanguíneos (corte de venas).

Por otro lado, si extrapolamos la etiología suicida a otras investigaciones o estudios a nivel internacional, como en América del Sur, se observa que la principal circunstancia es la intoxicación por sustancias farmacológicas, seguido de arma de fuego y ahorcamiento (Henry Alejo, González Ortiz y Hernández Wilson, 2001).

En Estados Unidos, la principal etiología es por herida de arma de fuego y, en Europa, generalmente son el ahorcamiento, la precipitación y la intoxicación por sustancias farmacológicas, en dicho orden y como argumentan diversos autores en sus respectivas investigaciones a este respecto, como Raatiniemi et al. (2016), Barbería et al. (2018), Conwell et al. (2011) y Lapierre et al. (2011).

De manera más retrospectiva, se evidencia que la etiología suicida de mayor prevalencia es el ahorcamiento, como argumentan diversas investigaciones como las de Wolff (1970), Beck et al. (1974), Farberow (1980), Yac (1195) y Ekeberg (1991), donde la precipitación tenía menor incidencia, que pudiera ser debido al

fenómeno de la industrialización a partir de los años 70 y principios de los 80, cuando se empezaron a expandir y construir puentes sobre autopistas, edificios altos y lugares de nueva construcción susceptibles de precipitación y de fácil acceso.

Se observa, por tanto, que, según la presente investigación junto a otras análogas a nivel nacional e internacional, y con los datos disponibles en el INE (2018), las principales etiologías o circunstancias suicidas en ambos sexos son el ahorcamiento (asfixia) y la precipitación (desde una altura hasta el vacío o elemento en marcha) fundamentalmente, junto con la intoxicación por sustancias farmacológicas, herida por arma de fuego y envenenamiento. Esto se debe principalmente a factores geográficos, concretamente a si el ámbito es rural o urbano y a otro factor, que es el acceso más o menos fácil a determinados mecanismos suicidas, como por ejemplo las armas de fuego, que se tienen normalizadas en los ámbitos rurales y en Estados Unidos. Sin embargo, en ámbitos urbanos, es la asfixia por ahorcadura, la precipitación al vacío y la intoxicación medicamentosa la principal etiología suicida, por las propias características del entorno urbano, ser de fácil acceso y de alta letalidad para la consumación suicida.

- Discriminando la etiología suicida en los mayores por género encontramos una asociación entre ambas variables estadísticamente significativamente ($\chi^2=65.338$; $p= 0.000$), lo que muestra una diferencia a la hora de consumir el acto suicida según el mecanismo en función del género.

Por un lado, encontramos que en los varones la principal circunstancia es la precipitación ($n=130$; 44,5%), seguido del ahorcamiento ($n=89$; 30,5%), la herida por arma de fuego ($n=21$; 7,2%) y la intoxicación por sustancias medicamentosas ($n=20$; 6,8%) principalmente.

En las mujeres, la principal etiología suicida es la precipitación ($n=77$; 55,8%), seguido de la intoxicación por sustancias farmacológicas (19,6%) y el ahorcamiento ($n=14$; 10,1%) principalmente.

Otros autores como Varnick et al. (2008), observan que la principal etiología en los varones y mujeres es el ahorcamiento, con mayor incidencia en las zonas rurales. A este respecto, el INE indica que el ahorcamiento en los varones y

la precipitación en las mujeres, son la circunstancia principal de la etiología suicida. En este sentido, retrospectivamente coinciden autores como Hawton (2000), De Leo et al. (2002), Casado Blanco (2002), y Varnick et al. (2008) y más actualizados como Pérez Barrero (2012), Conwell et al. (2011), Tapanes López et al. (2015), Barbería et al. (2018), afirman que el principal mecanismo suicida en los varones es la asfixia, en referencia a la ahorcadura.

Extrapolando esta cuestión a países Latinoamericanos y Estados Unidos, se observa que el principal mecanismo para consumar el suicidio es el arma de fuego en ambos sexos según González et al. (2001). Esto difiere de otros estudios retrospectivos y actuales como el de Nieto et al. (1992), Lykouras et al. (2002), Liu Chiu (2009), Lindsay et al. (2019) y Vargas Sanabria (2017) que mantienen que la principal causa suicida en los mayores es la intoxicación medicamentosa. Por lo tanto, se observa que, tanto en hombres como mujeres, la principal circunstancia suicida es la precipitación de modo general, junto con el ahorcamiento y la intoxicación medicamentosa en menor medida. Aspectos o circunstancias similares a las generales y a las de otras investigaciones, que pudiera deberse a diferencias biológicas y psicológicas inter-género, junto con la búsqueda en la certeza y premeditación de la consumación suicida y condicionado por el contexto geográfico.

Además, existirían diferencias entre géneros que podrían estar determinadas, entre otras cosas, por el papel laboral y social de los mayores, donde la jubilación en los varones tiene un importante inciso como factor favorecedor del suicidio, junto con la pérdida de sus roles sociales, aislamiento social o cese de su aportación útil o funcional, en su percepción, hacia la sociedad y su propia familia. En cambio, a las mujeres, sin etiquetar roles machistas, pudiera ser que en estas edades se ocupen de las labores domésticas, unido a que establecen mejores relaciones sociales y presentar un patrón mayor de expresividad emocional, las mantendría más alejadas de la conducta autolítica, además de ser factores influyentes en las diferencias entre géneros relativas al suicidio. En este sentido, existen varios estudios que plantean la hipótesis de que el patrón de género (patrón génico) distintivo en los suicidios masculinos y femeninos, al identificar cambios en

la expresión de genes específicos del sexo en la corteza prefrontal de los suicidas (Cabrera Mendoza et al., 2020).

6.4. ESCALA TEMPORAL DE CONSUMACIÓN SUICIDA EN EL MAYOR

- Los resultados que arroja esta investigación en cuanto a los años comprendidos entre 2013-2018 son que existe una mayor incidencia de suicidios en el año 2017 durante el cual se consumaron 82 suicidios (19.1%) seguido del año 2017 con un total de 76 casos (17.7%).

Por otro lado, los datos muestran que el año de consumación presenta asociación con el grupo etario de pertenencia de los sujetos estadísticamente significativa ($\chi^2=39.563$; $p=0.006$)

En primer lugar, en los años 2013, 2014, 2016 y 2018 el grupo etario mayoritario en cuanto a fallecimientos fue el de sujetos comprendidos entre los 65-69 años con 25 (35.7%), 15 (23.1%), 21 (31.3%) y 18 (23.7%), respectivamente.

En el año 2015, el grupo etario que más suicidios llevó a cabo fue el de edades entre 75-79 años con 27 casos (38.6%) y en el año 2017 los mayores de edades comprendidas entre 80-84 años ($n=20$, 24.4%).

- En relación al mes de prevalencia de la consumación suicida en los mayores, marzo ($n=40$; 9.3%), junio ($n=44$; 10.2%) y julio ($n=40$; 9.3%) son los meses de mayor consumación suicida, en la misma línea que Santurtún et al. (2017), que determina que el mes julio es el de mayor incidencia suicida y noviembre el más bajo.

Para Casado Blanco (2002) y Vargas Sanabria et al. (2017), señalan el mes de abril, seguido de mayo y junio, como los más frecuentes en la consumación suicida.

Esto podría ser debido a los diferentes climas existentes tanto en Europa como en el resto del mundo y en la misma línea que en el apartado anterior de la presente investigación referente a la estación del año, es decir, que el suicidio lleve un patrón estacional.

También culturalmente y antes de la existencia de estudios, se creía comúnmente que la mayoría de los suicidios tenían lugar en el invierno por ser tiempos brumosos, “oscuros y fríos” propios de la estación, que volvían tristes y deprimidos a los seres humanos, hasta la aparición de diversos estudios que evidenciaban con total evidencia el hecho de que la mayor incidencia y prevalencia suicida tiene lugar en la primavera y verano.

- En cuanto al día de la semana de consumación suicida en el mayor, es el sábado (n=74; 17.2%), seguido de viernes (n=64; 14.9%) y lunes (n=64; 14.9%) y domingo (n=62; 14.4%), donde mayor frecuencia suicida existe. Se observa, que es en el fin de semana junto con el lunes, donde se produce la mayor consumación suicida.

Estos datos coinciden con investigaciones llevadas a cabo por distintos autores como Casado Blanco (2002), Lapierre et al. (2011) y Grupo de Trabajo (2011), refiriendo al sábado como el día de mayor prevalencia suicida.

Por otro lado, Vargas Sanabria (2017), Conwell et al. (2011) e Izquierdo (2010), concluyen que es el domingo el día más prevalente en la consumación suicida de los mayores.

En definitiva, se puede concluir a través de la presente investigación junto con diversas investigaciones de otros autores, que es el fin de semana junto con el lunes, los días de mayor incidencia suicida en los mayores ya que suman entre los días viernes, sábado, domingo y lunes un total de 264 casos con un porcentaje de suicidios del 61.4%.

Además, esta investigación muestra una asociación entre el grupo etario de pertenencia y el día de la semana en el que se comete el suicidio. De esta forma, en los resultados se observa una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=45.028$; $p=0.006$) y se observa como los sujetos de entre 65-69 años llevan a cabo el acto los jueves (n=24; 20.69%); los sujetos de entre 70-74 años los sábados (n=17; 23.61%); los mayores de entre 75-79 años los domingos (n=22; 22.92%); los adultos de entre 80-84 años los martes, viernes y sábados (n=16; 19.28%) y los que presentan edades superiores a 85 años los viernes y los sábados (n=12; 19.05%).

- Referente a la estación del año donde se consuma el suicidio en los mayores, se ha concluido que es durante el verano cuando hay mayor frecuencia suicida (n=115; 26.7%), seguido del otoño (n=110; 25.6%), no coincidiendo con otros autores e investigaciones, como la de Izquierdo (2010), Pérez Barrero (2012) y Barbería et al. (2018), donde la mayor frecuencia suicida en el mayor es en primavera, seguida del verano, relacionándolo con los días de mayor duración solar y temperatura.

Igualmente, en la literatura científica a nivel general, se describe que las tasas de suicidio son mayores en primavera, concretamente en los meses de abril, mayo y junio.

Específicamente, la investigación realizada en España por Santurtún et al. (2017), argumentan que los suicidios tienen una marcada distribución estacional, determinando que la mayor consumación suicida se dio en verano, concretamente el mes de julio y, la estación con menor incidencia suicida fue el otoño, concretamente el mes de noviembre. Datos que coinciden con la presente investigación, que pudiera ser debido a aspectos patológicos en el mayor, como la depresión, que incide en la persona de mayor o menor manera según las horas de sol en el día (en el verano los días tienen más horas de luz y por el contrario en el invierno, los días son más cortos en lo que se refiere a horas de luz), es decir unos patrones de luz o estrés meteorológico junto con la implicación de variables ambientales, estarían relacionados con la consumación suicida.

Son muchas las creencias de que las tasas de suicidios inciden mayormente en los países nórdicos durante los meses de invierno, sin embargo, existe abundante literatura científica al respecto que evidencia lo contrario, como por ejemplo Bjorkstén et al. (2009), que encuentran una mayor incidencia suicida durante los meses más soleados (junio a septiembre), donde el 48% del total de la consumación suicida tuvo lugar en los períodos de luz constante.

En la misma línea, como posible explicación a la relación estacional del año en relación al suicidio, pudiera ser que la falta de luz durante los meses de invierno, incrementen la probabilidad de experimentar estados de ánimo negativos a la vez de incidir en patologías (trastornos mentales). Los factores relacionados

con el clima, como la luz del sol y la temperatura no inciden de manera determinante en un estado de ánimo positivo o normal, pero si incide en los estados de ánimo negativos (depresión, tristeza, etc.), debido biológicamente a la serotonina, relacionada con el sistema nervioso central (SNC) y condicionada por la luz solar, ya que disminuye al atardecer y aumenta al amanecer, por lo que a niveles bajos de serotonina habrá sentimientos y/o conductas más apáticas, tristeza y enfados entre otros, mientras que a niveles más elevados de serotonina existirán mayores sentimientos y/o conductas de alegría, felicidad y euforia entre otros. Aunque no se pueda relacionar clínicamente los rasgos o conductas de la personalidad y sus trastornos con el clima (las estaciones y la temperatura de las mismas), si pudieran existir probabilidades de que ciertos comportamientos dependieran del clima.

6.5. AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Como herramienta preventiva en el suicidio en los mayores, habría que incidir en el uso de la autopsia psicológica:

“En general, la autopsia psicológica es una evaluación postmortem que consiste en un análisis retrospectivo de las condiciones psicológicas basadas en la conducta, pensamientos, sentimientos y relaciones de una persona antes de morir. En otras palabras, es un proceso indirecto de recolección y análisis de información con respecto al comportamiento de una persona que ha fallecido. En la autopsia psicológica, los profesionales e investigadores, se basan principalmente en la información obtenida por ellos mismos al examinar la escena de la muerte y llevar a cabo sus propias entrevistas. Además, cuentan con respaldo teórico y empírico con respecto a la utilización de este procedimiento y a la precisión de los juicios que se desprenden de él. Y finalmente, presenta sus conclusiones en términos probabilísticos”

La autopsia psicológica tiene diversos propósitos que han sido clasificados y explicados de acuerdo con la perspectiva de cada autor. Con base en la revisión de la literatura se pueden identificar dos criterios para la definición de los objetivos de esta evaluación retrospectiva:

1. El área en la que se desarrolla, por ejemplo, clínica, criminología, investigación criminal, derecho penal y derecho civil.

2. El objetivo que se persigue al realizarla: prevenir suicidios, certificar un modo de muerte o asesorar a funcionarios de la justicia.

Se puede decir que la autopsia psicológica se realiza con cuatro propósitos:

- Conocer y determinar el modo de muerte.
- Conocer el comportamiento de la víctima antes de morir y su relación con las circunstancias en que ocurrió la muerte
- Explicar las condiciones psicológicas de las personas que han fallecido, no con respecto a la muerte, sino a acciones y/o situaciones previas a la muerte.
- Ayudar en la recuperación de los sobrevivientes.

Conocer con exactitud el modo de muerte, reduce tanto el número de muertes equívocas como las confusiones en las certificaciones, como es el caso de las muertes que se registran como homicidio cuando en realidad se trataban de suicidios y viceversa. Usualmente, las certificaciones médico - legales de las muertes constituyen la fuente principal de información para las bases de datos estadísticas de mortalidad, así, en la medida en que las certificaciones sean exactas, las bases de datos proporcionarán información precisa.

Si se establece con exactitud el modo de muerte, se pueden identificar con mayor precisión los grupos de población de riesgo para el suicidio, ya que la información de las personas correspondería con alta probabilidad al modo de muerte que se ha registrado. En este sentido, la exactitud de los registros y bases de datos estadísticas son útiles en los campos:

- Clínico, cuando se conocen las características psicológicas de quienes cometen suicidio.

- Estadístico, al identificar tendencias de los diferentes modos de muerte en el tiempo y en el espacio.

- Epidemiológico, al identificar factores de riesgo.
- Criminológico, por permitir caracterizar y discriminar entre las víctimas de homicidio, de suicidio y de accidente.

La autopsia psicológica evalúa los cambios en el comportamiento de la persona antes de morir, su estilo de vida, sus motivaciones, los eventos estresantes, las situaciones o las personas que pudieron haber contribuido al deceso. En el suicidio, conocer el comportamiento de la víctima antes de morir y su relación con el modo de muerte permite:

- A. Identificar los factores precipitantes y desencadenantes que influyeron en las decisiones que tomó la víctima con respecto a su modo y manera de muerte, los medios utilizados y el momento particular en que se quitó la vida. En este sentido, se puede saber por qué cometió el suicidio de la manera que lo hizo, con un medio tan letal como un arma de fuego o con uno menos letal como el veneno; en una hora particular en la que podía prever que habría gente o no, en una fecha especial o después de un evento estresante, etc.
- B. Determinar el papel de cada uno de los factores que influyeron en las decisiones de la víctima, de tal forma que se pueda establecer cuales fueron más significativos para ella, es decir, cuales incrementaron la probabilidad del suicidio.
- C. Evaluar si las decisiones con respecto a la muerte, fueron racionales o no, esto es, si la persona lo hizo con pleno conocimiento de las consecuencias, por ejemplo, como resultado de su filosofía de vida o si tomó las decisiones sin tener control de sus actos, por ejemplo, en el curso de un trastorno mental.

Desde el contexto forense, la autopsia psicológica se realiza con el fin de presentar una opinión experta con respecto al comportamiento de la persona. Si

bien no será la única prueba que se tendrá en cuenta para tomar una decisión final en la administración de justicia, sí constituye una fuente de información importante. En los casos de muerte suicida se pueden presentar pleitos por considerar que además de la persona que se auto produjo la muerte, pudo haber otras personas, circunstancias, entidades o productos responsables de que la víctima tomara esta decisión. Por lo general, estos pleitos buscan el reconocimiento público de la responsabilidad, indemnizaciones, reducción de la impunidad, prevención de eventos similares, modificación de condiciones actuales de un producto, de un sistema de contratación o de alguna regla.

Desde el contexto clínico – epidemiológico, la autopsia psicológica llevaría a cabo el análisis de los tres puntos anteriores con un gran número de casos, lo cual contribuye a descubrir patrones conductuales y circunstancias comunes en las personas que deciden quitarse la vida. El interés es identificar, en una población, los factores de riesgo para el suicidio y en especial aquellos que tienen un mayor poder de predicción (un factor de riesgo, es un atributo o característica que está asociado con el incremento de la probabilidad de un suicidio y que no necesariamente es un factor causal). A su vez, conocer los factores de riesgo es útil en el contexto clínico para identificar personas y grupos con alta probabilidad de tomar la decisión de quitarse la vida, predecir y prevenir futuros suicidios y tratar a quienes están en riesgo.

Por otro lado, los factores de riesgo constituyen una base de datos importante para los profesionales e investigadores que realizan autopsias psicológicas con propósitos forenses y no clínicos. En el ámbito legal se valora la probabilidad de suicidio en un caso específico contrastando la información de la persona en cuestión con los factores de riesgo de una población.

La autopsia psicológica cumple con propósitos terapéuticos: como consecuencia de la muerte de un ser querido, los familiares y personas cercanas sufren un desajuste psicológico, la evaluación postmortem, por un lado, provee un espacio para que estas personas expresen sus emociones respecto a la muerte y a la persona que se quita la vida, y por otro, permite que el profesional pueda orientar o ubicar a las personas que escucha con respecto a si requieren asesoría y el sitio donde pueden conseguirla.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

1. En nuestra muestra estudiada no existe asociación estadísticamente significativa en las siguientes variables:

- Etiología suicida y grupo etario.
- Mecanismo suicida y grupo etario.
- Mes de consumación suicida y grupo etario.
- Sexo y día de la semana.
- Estación del año y grupo etario.
- Estación del año y día de la semana.
- Etiología y estación del año.
- Etiología y mes-día.
- Mecanismo suicida y estación del año.

2. La OMS establece que la tasa suicida se fija en función del número de actos suicidas por cada cien mil habitantes. En nuestro estudio hay un total de 430 muertes por suicidio en los mayores a partir de los 65 años en ambos géneros en la Comunidad de Madrid durante el período comprendido entre 2013 y 2018, ambos inclusive, que corresponde a una tasa del 39,42 por cada 100.000 habitantes, determinando una tasa muy elevada.

3. La principal etiología suicida en los mayores es la precipitación, con casi la mitad de la totalidad de los casos. También la precipitación es la principal etiología suicida en los mayores al clasificar por género, seguida de la ahorcadura en los varones y la intoxicación por sustancias farmacológicas en las mujeres.

4. Los varones mayores cometen más suicidios que las mujeres, en casi una relación de 3:1, es decir, por cada mujer mayor que se suicida lo consuman tres varones, en la misma línea que la mayoría de las investigaciones a este respecto,

tanto retrospectivamente como en la actualidad, incluso dependiendo de las zonas geográficas mundiales, la proporción es aún más alta.

5. La edad media de los mayores suicidas es de 77 años. Al discriminar a los mayores por grupos etarios, el rango de edad de mayor consumación suicida es el comprendido entre los 65 a 74 años.

6. La consumación suicida en los mayores es más frecuente en los fines de semana y lunes, tanto en mujeres como varones, coincidiendo generalmente con la mayoría de las investigaciones a este respecto, tanto actuales como retrospectivas.

7. Los meses con mayor consumación suicida en los mayores son junio y julio, que pudiera ser debido o estar relacionado con los días de mayor duración solar y temperatura. Este aspecto referente al mes de consumación suicida, no ha coincidido con el resto de investigaciones, donde las mismas han arrojado diferentes meses suicidas, principalmente destacando los meses de Abril, Mayo y Junio que podría ser debido a los diferentes climas existentes tanto en Europa como en el resto del mundo.

8. La estación del año de mayor consumación suicida en los mayores es el verano, seguido del otoño. En este sentido, hay diferencias con otras investigaciones análogas, donde principalmente la primavera es la estación con más incidencia suicida en los mayores. Esto podría tener relación con aspectos patológicos en los mayores, concretamente y como hemos expuesto, la depresión, que incide en las personas según las horas de sol en el día. También culturalmente y antes de la existencia de estudios, se creía comúnmente que la mayoría de los suicidios tenían lugar en el invierno por ser tiempos brumosos, “oscuros y fríos” propios de la estación, que volvían tristes y deprimidos a los seres humanos, hasta la aparición de diversos estudios que evidenciaban con total evidencia el hecho de que la mayor incidencia y prevalencia suicida tiene lugar en la primavera y verano.

9. En el contexto clínico, epidemiológico y social, es posible que exista poca investigación y caracterización epidemiológica respecto a la consumación suicida en los mayores. Entender los factores de riesgo y el comportamiento suicida en los mayores, dotaría de herramientas para idear intervenciones que al menos reduzcan el

riesgo suicida y su tentativa, en esta población especialmente vulnerable. También es fundamental, a este respecto, la formación de los diferentes profesionales, teniendo en cuenta que los actos suicidas se constituyen con demasiada frecuencia, como la única solución a determinados problemas y enfermedades que padecen nuestros mayores. Por ello y con las oportunas reservas, habría que tener en cuenta las siguientes características o factores de riesgo referentes a la consumación suicida en los mayores:

- La adaptación a la vejez, como resultado de la interacción entre el ambiente y la constitución individual de la persona, depende de diferentes factores, fundamentalmente del psicológico y social. Es un proceso para el cual el hombre y la sociedad deben estar preparados, cuyo fracaso conllevaría demasiados desajustes en el mayor, como la depresión, angustia, sentimiento de soledad, introversión, agresividad, desorden y conflictos en la sociedad, llegando como se está tratando a la consumación suicida.

- Las pérdidas asociadas a la jubilación (recordar que, en la presente investigación, el grupo etario con mayor incidencia suicida es el comprendido entre los 65 y 69 años), se pueden percibir como una agresión a la autoestima, más si cabe cuando la identidad de la persona está fundamentada en su actividad profesional. Por ello sería importante prepararles para ese cambio y considerar posibles alternativas de desarrollo individual.

- Es importante tener en cuenta como se ha mencionado, que el suicidio del mayor es elaborado y racional, en el polo opuesto de impulsivo y emocional, con la búsqueda de letalidad certera y no con fines manipulativos. Generalmente hay un sentimiento de desesperanza.

- Los rasgos de personalidad de los mayores suicidas, suelen englobar conductas pasivas-agresivas, dependientes, paranoides y obsesiones compulsivas.

- Generalmente tienen antecedentes personales psicopatológicos, concretamente un trastorno depresivo mayor, ansiedad y estados psicóticos que alteran sus funciones cognitivas, concretamente las relativas al juicio y el análisis. También tendrían antecedentes personales físicos u orgánicos, como el

padecimiento de una patología crónica, incapacitante, debilitante y dolorosa que limita su capacidad e independencia de autonomía, así como afectar a las actividades básicas de su vida diaria cotidiana.

- En el contexto social, la pérdida de la dinámica inter-relacional (ausencia o pérdida de amigos) y la marginación social, serían los factores de riesgo más incidentes.

- Como factor de riesgo principal de consumación suicida en el mayor, que abarcaría la mayoría de los contextos, sería el factor biopsicosocial: sexo masculino, edad entre 60 y 70 años, soltería o viudez, psicopatología (especialmente la depresión), enfermedades físicas limitantes y dolorosas, aislamiento social, actitud negativa ante su nuevo rol en la etapa vital personal (jubilación), baja autoestima, funciones cognitivas rígidas, baja tolerancia a las frustraciones, labilidad emocional, ambiente familiar desestructurado, problemas de adaptación social e historia o antecedente familiar de suicidio.

10. Por todo ello, en pro de la prevención suicida en el mayor e igualmente con las oportunas reservas, sería esencial la participación del sector de la salud, concretamente desde Atención Primaria que es donde acude el mayor suicida en primer lugar, estructurar programas orientados hacia los factores de riesgo anteriormente descritos, es decir, dirigidos hacia la prevención integral de la conducta suicida (suicidio consumado, ideación y tentativa suicida), que incluya la detección precoz, la identificación y la atención integral de los mayores en riesgo junto a la derivación oportuna y efectiva hacia los servicios de salud. Esta propuesta demandaría una mayor cualificación o formación al respecto del talento humano, concretamente de los profesionales de la salud en relación a la atención y manejo de los mayores con riesgo de conducta suicida:

- Los profesionales de la salud deben tener en cuenta cualquier gesto o comunicación verbal del mayor sobre su deseo de morir, actuando de forma prudente pero diligente para contener la conducta autolítica y dar comienzo con un protocolo integral de actuación:

a. Analizar los contextos del mayor para evaluar los factores de riesgo.

- b. Evaluar la capacidad cognitiva, en especial su capacidad de juicio y crítica, así como el estado de sus funciones corticales superiores para determinar si existe un grado de deterioro cognitivo que le impida totalmente o parcialmente tener conciencia de sus actos.
- c. Evaluar sus respuestas emocionales ante situaciones de tensión y frustración. El compromiso afectivo consigo mismo y sus allegados (si los tuviere), puede ser un factor contenedor del suicidio.
- d. Establecer rasgos de personalidad y de psicopatología concomitante.
- e. Determinar antecedentes mentales y actuales e intentos de suicidio previos (fallidos o ideados).
- f. Identificar antecedentes familiares de suicidio.
- g. Considerar el impacto de la enfermedad física y orgánica (si la tuviere).
- h. Determinar el estado psicoemocional para pautar psicofármacos en el caso de existir depresión, ansiedad o psicosis apoyado de psicoterapia cognitiva u otros apoyos psicoterapéuticos.
- i. Hospitalizar o contextualizar en un lugar o ámbito clínico al mayor con intento suicida, especialmente cuando persistan las ideas suicidas, se haya realizado el intento autolítico, que existan factores de riesgo, que no exista medio familiar colaborador o protector, que exista un trastorno mental y orgánico, así como si existe consumo de alcohol o sustancias farmacológicas.

11. Desde la perspectiva psicológica, seguimos en la misma línea de Shneidman al categorizar las características comunes en el mayor suicida, siendo estas determinadas por las siguientes variables:

VARIABLE	CARACTERÍSTICA
Estímulo	Insoportable dolor psicológico
Estresor	Necesidades psicológicas frustradas
Propósito	Encontrar una solución (muerte)

Objetivo	Cese de conciencia
Emoción	Desesperanza
Actitud	Ambivalencia (morir-vivir)
Estado cognitivo	Constricción
Actitud interpersonal	Mensajes de intención suicida
Acción	Autoagresión
Consistencia	Copiar patrones previos de ajuste

Igualmente, y desde una perspectiva psicológica y complementaria a lo anterior, como método de tratamiento y/o prevención de la conducta suicida en el mayor, sería el implementar terapias cognitivo-conductuales para aumentar la resiliencia de los mayores y así afrontar de manera funcional los pensamientos suicidas.

El suicidio en los mayores, es la principal causa de muerte violenta en España, delante de los homicidios y accidentes de tráfico. Es un problema de salud pública. Motivo de gran preocupación que justifica que se centre en ello la atención de investigadores, profesionales de la asistencia sanitaria, responsables de la toma de decisiones políticas y la sociedad en general. Además, el suicidio en los mayores tiene rasgos distintivos que lo diferencian de otros segmentos poblaciones o etarios, ya que utilizan los métodos más letales, reflejan menos señales de aviso, son actos suicidas meditados (no impulsivos) e incluso pasivos (no ingerir alimentos o medicación prescrita para dejarse morir). Igualmente se evidencian las numerosas y válidas razones para prestar una mayor atención al problema del suicidio en las personas mayores o ancianos. El suicidio es siempre un suceso traumático para la familia de la víctima y su importancia epidemiológica constituye un índice válido del dolor y la infelicidad en las personas mayores que consuman el suicidio. El problema se agrava todavía más, ya que se puede tener una conciencia social, de que el suicidio en los ancianos es absolutamente nihilista, como la muerte de una persona que ya no es productiva social y económicamente, que ya ha vivido sus días, percibiéndose, por lo tanto, como algo bastante menos trágico que el suicidio de un joven. Igualmente, se pueden añadir percepciones extendidas en las sociedades, de que el suicidio en los mayores pudiera ser una elección “racional”

a nivel existencial, por la presencia en estas personas de múltiples enfermedades y comorbilidades, como enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y dependencia personal.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agnew, R. (1998). The Approval of Suicide: A social-psychological model. *Suicide and lifethreatening behaviour* , 28 (2), 205-225.
- Agüera, L. (2009). *Psiquiatría en el anciano. Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores, 661-672.
- Aguirre, R. T., & Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*, 34(6), 529-540.
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring , M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., et al. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization* , 86, 726-732.
- Ajilore OA, Kumar A. Suicide in Late Life. (2012) In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Frontiers in Neuroscience. Boca Raton (FL).
- Alegret M., Gabriel C., Irigoyen I., Vilaspasa I. (1997). Características del suicidio consumado en la población rural. *Psiquiatría Pública*, 9 (2), 105-109.
- Alexander, D. A., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G., & Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *Bmj*, 320(7249), 1571-1574.
- Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J. A., & Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of general psychiatry*, 56(11), 1048-1053.
- Alexopoulos, G. S., Reynolds III, MD, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., ... & PROSPECT Group. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 882-890.

- Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 69-79.
- Almasi, K., Belso, N., Kapur, N., Webb, R., Cooper, J., Hadley, S., & Appleby, L. (2009). Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC psychiatry*, 9(1), 45.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. (2003). American Psychiatric Association.
- Andersen, K., Hawgood, J., Klieve, H., Kõlves, K., & De Leo, D. (2010). Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(3), 243-249.
- Arán Barés, M., Gispert, R., Puig, X., Freitas, A., Ribas, G., & Puigdefàbregas, A. (2006). Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 473-480.
- Arana, A., Wentworth, C. E., Ayuso-Mateos, J. L., & Arellano, F. M. (2010). Suicide-related events in patients treated with antiepileptic drugs. *New England Journal of Medicine*, 363(6), 542-551.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 37.
- Asarnow, J. R., Baraff, L. J., Berk, M., Grob, C., Devich-Navarro, M., Suddath, R., & Tang, L. (2008). Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 958-966.
- Asberg, M., & Forslund, K. (2000). Neurobiological aspects of suicidal behaviour. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 62-74.

- Asociación Americana de Suicidología. (2000). ¿Existe una conexión entre las tasas de suicidio estatal y la disponibilidad de profesionales de la salud mental? *Enlace de noticias*, 26(1), 7.
- Awata, S., Bech, P., Koizumi, Y., Seki, T., Kuriyama, S., Hozawa, A., & Tsuji, I. (2007). Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 77.
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., & Recoms, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Barbería, E., Gispert, R., Gallo, B., Ribas, G., Puigdefàbregas, A., Freitas, A., & Estarellas, A. (2018). Improving suicide mortality statistics in Tarragona (Catalonia, Spain) between 2004–2012. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(4), 227-233.
- Barraclough BM. Suicidio en los ancianos. *H. J Psiquiatría* (1971); 6 (Spec. Suppl.): 87–97
- Barrientos del Llano G, Clavijo Portieles A. Conducta suicida y su manejo en atención primaria de salud. (2008). En: Álvarez Sintés R. (editor científico). *Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social*. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 267-270, t.III.
- Barrigón, M. L., & Baca-García, E. (2017). Current challenges in research in suicide. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 11(1), 1-3.
- Bartels, S. J. (1987). The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. *General hospital psychiatry*, 9(3), 189-197.
- Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D., & Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide and life-threatening behavior*, 37(3), 284-290.

- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health, 82.
- Beautrais, A., Fergusson, D., Coggan, C., Collings, C., Doughty, C., Ellis, P., ... & Poulton, R. (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *NZ Med J*, 120(1251).
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. ((1979). Evaluación de la intención suicida: la escala para la ideación del suicidio. *J Consultar Clin Psychol*, 47, 343–52.
- Beck AT, Schuyler D, Herman I. (1974). Desarrollo de escalas de intención suicidas. En: Beck AT, Resnick HCP, Lettieri D, editores. *La predicción del suicidio*. Bowie (PA): Charles Press, 45–56.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2ª ed. San Antonio, Texas: Harcourt.
- Beck AT, Weishaar ME. (1990). Evaluación y predicción del riesgo de suicidio. *Crisis* 1990; 11: 22–30
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, 42, 861-5.
- Beck RW, Morris JB, Beck AT. (1974). Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep*. 1974;34(2):445-46
- Bennett, A. T., & Collins, K. A. (2001). Elderly suicide: a 10-year retrospective study. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 22(2), 169-172.
- Benton, T., Staab, J., & Evans, D. L. (2007). Medical co-morbidity in depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 289-303.
- Berman, A. (2006). Risk assessment, treatment planning, and management of the at-risk-for suicide client: The “how to” aspects of assessing suicide risk and formulating treatment plans. *Family Therapy Magazine*, 5(4), 7-10.

- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), 6-8.
- Beskow, J., & Wasserman, D. (1995). A national programme for suicide prevention in Sweden. *Giornale italiano di suicidologia*, 5(1), 25-27.
- Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and Suicidal Behaviour. In K. Hawton, & K. V. Heeringen, *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 193-207). Chichester: Wiley.
- Birt, C., Bille-Brahe, U., Cabecadas, M., Chishti, P., Corcoran, P., Elgie, R., ... & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *The European Journal of Public Health*, 13(2), 108-114.
- Bobes García, J., Bascarán Fernández, M. T., Saiz Martínez, P. A., García-Portilla González, M. P., & Bousoño García, M. (2004). Prevención del suicidio en edades involutivas. En: Bobes García J, Saiz Martínez PA, G-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M, editores. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica, 370-81.
- Bobes García, J., Giner Ubago, J., & Sáiz Ruiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Bostwick JM, Pankratz VS. (2000). Trastornos afectivos y riesgo de suicidio: un reexamen. *Am J Psiquiatría*, 157(12), 1925–32
- Bousoño García M, Bobes García J, González-Quirós Corujo P. (1997). Tratamiento psicofarmacológico. En: *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.

- Bradvik L, Berglund M. (1999). Tratamiento y suicidio en depresión grave: un estudio controlado por caso de terapia antidepresiva en el último contacto antes del suicidio. *J ECT*, 16(4), 399–408
- Brådvik, L., & Berglund, M. (2006). Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depression and anxiety*, 23(1), 34-41.
- Bron, B. (1990). Suicidal risk in endogenous, neurotic and reactive depression in advanced age. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 141(3), 229-253.
- Brown G.K. (2002). *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults*. Rockville (MD): National Institute of Mental Health.
- Brown, G.K., Bruce, M.L., Pearson, J.L. (2001). Pautas de gestión de alto riesgo para pacientes suicidas de edad avanzada en entornos de atención primaria. *Int J Geriatr Psiquiatría* 2001; 16(6): 593–601
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds III, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., ... & Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *Jama*, 291(9), 1081-1091..
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Carmen Fernández Alonso, M. D., García Campayo, J., Montón Franco, C., ... Grupo de Salud Mental del PAPPS (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria, 83–108.
- C Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S., & Caine, E. D. (2010). Health status and suicide in the second half of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 371-379.
- Cailhol, L., Allen, M., Moncany, A. H., Cicotti, A., Virgillito, S., Barbe, R. P., ... & Damsa, C. (2007). Violent behavior of patients admitted in emergency following

drug suicidal attempt: a specific staff educational crisis intervention. *General hospital psychiatry*, 29(1), 42-44.

- Campos Zamora, M., Hernández Cuéllar, C. X., Sotolongo García, Y., & Oliva Sánchez, R. (2008). La depresión en el adulto mayor: Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. *Rev. medica electron.*
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2006). *The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide*. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Carballo, J. A., & León, J. Á. G. (2010). Comportamiento del intento suicida en pacientes atendidos en los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) del Municipio Araure entre 2007 y 2009. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 7(1).
- Carrasco Cabeza, I. (2008). *Conducta suicida en las personas mayores*. Cinteco.
- Carrasco Gómez, J.J. (1990). *Responsabilidad médica y psiquiatría*. Madrid: Colex.
- Casado Blanco, M. (2002). Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal. *Cuadernos De Medicina Forense*, (28), 25-32.
- Catalan, J., Harding, R., Sibley, E., Clucas, C., Croome, N., & Sherr, L. (2011). HIV infection and mental health: suicidal behaviour—systematic review. *Psychology, health & medicine*, 16(5), 588-611.
- Cattell, H., & Jolley, D. J. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), 451-457.
- Centers for Disease Control and Prevention. Multiple cause of death, 1999-2017. CDC Wonder Online Database.

- Centros para el Control de Enfermedades. (1996). Suicidio entre personas mayores: Estados Unidos, 1980-1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 45(1), 3–6
- Cerel, J., McIntosh, J.L., Neimeyer, R.A., Maple, M. y Marshall, D. (2014). The Continuum of “Survivorship”: Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 591-600.
- Chan, J., Draper, B., & Banerjee, S. (2007). Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 720-732.
- Chan, S. S., Leung, V. P., Tsoh, J., Li, S. W., Yu, C. S., Gabriel, K. K., ... & Lam, L. C. (2011). Outcomes of a two-tiered multifaceted elderly suicide prevention program in a Hong Kong Chinese community. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(2), 185-196.
- Chen, W. J., Chen, C. C., Ho, C. K., Lee, M. B., Chung, Y. T., Wang, Y. C., ... & Chou, F. H. C. (2009). The suitability of the BSRS-5 for assessing elderly who have attempted suicide and need to be referred for professional mental health consultation in a metropolitan city, Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1151-1157.
- Chesney, E. y Goodwin, G.M. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *WorldPsychiatry*, 13, 153-160.
- Chiu, H. F., Lam, L. C., Pang, A. H., Leung, C. M., & Wong, C. K. (1996). Attempted suicide by Chinese elderly in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 18(6), 444-447.
- Conferencia en CASC: V Jornadas Mundiales de Prevención del Suicidio (2013).
- Conwell, Y., & Brent, D. (1995). Suicide and aging I: Patterns of psychiatric diagnosis. *International psychogeriatrics*, 7(2), 149-164.

- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R. (2001). Suicide in elders. *Ann N Y Acad Sci*. 932, 132-47.
- Conwell, Y., Rotenberg, M., & Caine, E. D. (1990). Completed suicide at age 50 and over. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(6), 640-644.
- Conwell, Y., van Orden, K., & Caine, E. D. (2012). Suicidio en ancianos. *Psiquiatría Biológica*, 19(4), 127-136.
- Corbella J., Guija Villa J.A. y Giner Jiménez. (2018). *Medicina Legal y Toxicología 7ª Edición de Gisbert Calabuig*. Elsevier.
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in psychiatric care*, 41(1), 14-21.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of personality disorders*, 20(5), 450-465.
- De las Heras, F., Dueñas, M., Gaona, J. M., & Elegido, T. (1988). Etiopatogenia e incidencia del suicidio entre los ancianos. *Rev Esp de Geriat y Geront*, 23, 23-30.
- De Leo, D., Bertolote, J.M., Lester, D. (2002). Self-directed violence. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 183-212.

- De Leo, D., Carollo, G., & Dello Buono, M. (1995). Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *The American journal of psychiatry*, 152(4), 632–4
- De Leo, D., Draper, B. M., Snowden, J., & Kõlves, K. (2013). Suicides in older adults: A case–control psychological autopsy study in Australia. *Journal of Psychiatric Research*, 47(7), 980-988.
- De Leo, D., Padoani, W., Lonqvist, J., Kerkhof, A. J., Bille-Brahe, U., Michel, K., ... & Scocco, P. (2002). Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 291-295.
- De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P., Lie, D., Bille-Brahe, U., Arensman, E., ... & Lonqvist, J. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(3), 300-310.
- De Leo, D., Vichi, M., Kolves, K., & Pompili, M. (2020). Late life suicide in Italy, 1980–2015. *Aging clinical and experimental research*, 32(3), 465-474.
- Dennis, M. S., Wakefield, P., Molloy, C., Andrews, H., & Friedman, T. (2007). A study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. *Aging and Mental Health*, 11(5), 520-525.
- Dennis, M., Baillon, S., Brugha, T., Lindesay, J., Stewart, R., & Meltzer, H. (2009). The influence of limitation in activity of daily living and physical health on suicidal ideation: results from a population survey of Great Britain. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(8), 608.
- Diekstra, R. F. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(S371), 9-20.
- Diferencias en los acontecimientos recientes de la vida entre los suicidios alcohólicos y no alcohólicos. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 1143–9.

- Disminuir la tendencia a la estacionalidad en el suicidio puede indicar una disminución de la tasa de suicidios depresivos en la población. *Psiquiatría Res* 1998; 81(2): 233–40.
- Dolder C, Nelson M, Stump A. Pharmacological And Clinical Profile of Newer Antidepressants: Implications for the Treatment of Elderly Patients. *Drugs & Aging* 2010; 27(8):625-640.
- Draper B. Editorial Review. Attempted Suicide in Old Age. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*. 1996; 11(7):577-87.
- Draper, B. (1994). Comportamiento suicida en los ancianos. *Revista Internacional de Psiquiatría Geriátrica*, 9(8), 655-661.
- Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED. Estrés interpersonal, abuso de sustancias, y suicidio. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 80–5
- Duberstein PR. Apertura para experimentar y completar el suicidio a lo largo de la segunda mitad de la vida. *Int Psychogeriatr* 1995; 7: 183–98.
- Duggan CF, Sham P, Lee AS, et al. ¿Se puede predecir el comportamiento suicida futuro en pacientes deprimidos? *J Affect Disord* 1991; 22(3): 111–8
- Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(10):393852.
- Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Durkheim, É. (2004). *El Suicidio*. Buenos Aires: Losada.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2004). Raíces Psicológicas del Fanatismo Político. *Análisis y Modificación de Conducta* , 30 (130), 161-176.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P. y Polo-López, R. (2011). Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27, 215-227.

- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 347-256.
- Echeburúa, Enrique. The many faces of suicide in the psychological clinic, 2015, Vol.33, nº2, 117-126.
- Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, Martin RR, Koven LP, Duberstein PR, et al. Development and Psychometric Evaluation of the Reasons for Living —Older Adults Scale: A Suicide Risk Assessment Inventory. *Gerontologist*. 2009;49(6): 736-45.
- Ekeberg O., y I. Aargaarald: "Suicide and attempted suicide among-the elderly", *Tidsskr-Nor-Leageforen*, III(5):562-4, feb., 1991.
- Eldrid, J.: *Caring for the suicidal*, Ed. Constable, London, 1993.
- Ellis TE, Dickey ITO, Jones EC. Patient suicide in psychiatry residency programs: A national survey of training and postvention practices. *Acad Psychiatry*. 1998;22(3):181-9.
- Erlangsen A, Vach W, Jeune B. The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: A population-based register study. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(5):771-6.
- Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(1):14-41.
- Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Farberow NL. Comportamiento autodestructivo indirecto: clasificación y características. En: Farberow NL, editor. *Las muchas caras del suicidio: comportamiento autodestructivo indirecto*. Nueva York: McGraw-Hill, 1980: 15–27.
- Fawcett J. Predictores del suicidio temprano: identificación e intervención apropiada. *J Clin Psiquiatría* 1988; 49 Suppl.: 7–8

- Federación Mundial para la Salud Mental (2010). Enfermedad mental y suicidio. Guía para la familia para encarar y reducir riesgos. Woodbridge, VA: WorldFederationfor Mental Health.
- Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Intención de suicidio en pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:146-56.
- Fliege H, LEE JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2009; 66(6):477-93.
- Frackiewicz, E. J., Sramek, J. J., & Cutler, N. R. (2000). Gender differences in depression and antidepressant pharmacokinetics and adverse events. *Annals of Pharmacotherapy*, 34(1), 80-88.
- Frank E. Prevención a largo plazo de recurrencias en pacientes de edad avanzada. En: Schneider LS, Reynolds CF, Lebowitz BD, et al., editors. *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en la vida tardía*. Washington, DC: Prensa Psiquiátrica Americana, 1994: 317–29
- Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent patients--healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(2):162-8.
- Frierson, R. L. (1991). Suicide attempts by the old and the very old. *Archives of Internal Medicine*, 151(1), 141-144.
- Fry PS. Development of a geriatric scale of hopelessness: Implications for counseling and intervention with the depressed elderly. *J Couns Psychol*. 1984;31(3):322-31.
- Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study]. *Med Clin (Barc)*. 2007 Oct 13; 129(13):494-500. PubMed PMID: 17980118. Prevalencia y

factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD.

- Gadalla T. Association of comorbid mood disorders and chronic illness with disability and quality of life in Ontario, Canada. *Chronic Dis Can.* 2008;28(4):148-54.
- Garand L, Mitchell AM, Dietrick A, Hijjawi SP, Pan D. Suicide in older adults: nursing assessment of suicide risk. *Issues Ment Health Nurs.* 2006 May; 27(4):355-70.
- Geijo Uribe M. Suicidio. En: Manual del residente AMA; 1996.
- Giner Jiménez, L. (2010). Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado. Madrid.
- Giner L. Diferencias en la conducta suicida. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios 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*, 7(3), 139-146.
- Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Violence.* 1999;14(2):99-132.
- Goldstein, RB: The prediction of suicide. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991 – 48: 418/422.
- Goni-Sarries A, Blanco M, Azcarate L, Peinado R, Lopez-Goni JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema.* 2018 Feb; 30(1):33-8. PubMed PMID: 29363468.
- Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Soc Sci Med.* 2003;56(8):1783-8.

- Gorwood P. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *Eur Psychiatry*. 2001; 16 (7):410-7.
- Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *Can J Psychiatry*. 2007;52(6 Suppl 1):47S-57S.
- Grupo de Trabajo (2011). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
- Harris EC, Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A metanalysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-28.
- Harwood D. Suicidio en ancianos. En: Jacoby R. Oppenheimer C (coordinadores). *Psiquiatría en el anciano*. 3ra edición. Barcelona: Edit. Masson; 2010.
- Harwood DM, Hawton K, Hope T, Harriss L, Jacoby R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychol Med*. 2006;36(9):1265-74.
- Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998; 48:1759-63.
- Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(3):440-53.
- Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in people aged 60 years and over.

- Hawton, K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 2000.
- Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, et al. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*. 2010;260:401-6.
- Heisel MJ, Duberstein P, Talbot NL, King DK, Tu X. Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide: preliminary findings. *Prof Psychol Res Pract*. 2009; 40:156–64.
- Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for suicide ideation among older primary care patients. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(2):260-9.
- Hepple J, Quinton C. Cien casos de intento de suicidio en ancianos. *H. J Psiquiatría* 1997; 171: 42–6
- Hepple J, Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1997 Jul; 171:42-6. PubMed PMID: 9328493.
- Hirsch JK, Duberstein PR, Unutzer J. Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: mitigating role of happiness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(7):671-9.
- Ho, R. C., Ho, E. C., Tai, B. C., Ng, W. Y., & Chia, B. H. (2014). Elderly suicide with and without a history of suicidal behavior: implications for suicide prevention and management. *Archives of suicide research*, 18(4), 363-375.
- Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospect prospective study of patients hospitalized with suicidas ideation (Desesperanza y eventual suicidio: un estudio prospectivo de 10 años de pacientes hospitalizados con ideación suicida). *Am J Psiquiatría* 1985; 142(5): 559–63.
- Hopelessness and suicida ideation in older adults (Hopelessness and suicida ideation in older adults). *Gerontólogo* 1998; 38(1): 62–70.

- Im, M. Y., & Kim, Y. J. (2011). A phenomenological study of suicide attempts in elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(1), 61-71.
- Jacqueline, K et al (2019). Factors related to suicide's unpredictability: a qualitative study of adults with lived experience of suicide attempts.
- Jiménez Betancourt E. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *MEDISAN* 2011, 15(3): 339344.
- Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(4):563-91.
- Jones, J. S., Stanley, B., Mann, J. J., Frances, A. J., Guido, J. R., Träskman-Bendz, L., ... & Stanley, M. (1990). CSF 5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide. *American journal of psychiatry*, 147(9), 1225-1227.
- Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med.* 2004; 164(11):1179-84.
- Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Newsom JT. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am J Orthopsychiatry.* 2007;77(1):56-60.
- Kennedy, G. J., & Tanenbaum, S. (2000). Suicide and aging: International perspectives. *Psychiatric Quarterly*, 71(4), 345-362.
- Kim, A. M. (2020). Factors associated with the suicide rates in Korea. *Psychiatry research*, 284, 112745.
- Kjolseth I, Ekeberg O, Steihaug S. Elderly people who committed suicide-their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging Ment Health.* 2010;14(8):938-46.
- Kumar, P. S., Anish, P. K., & George, B. (2015). Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian journal of psychiatry*, 57(3), 249.

- Leitner M, Barr W, Hobby L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008.
- Levy TB, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(1):115-7.
- Levy, T. B., Barak, Y., Sigler, M., & Aizenberg, D. (2011). Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Archives of gerontology and geriatrics*, 52(1), 115-117.
- Li, X., Xiao, Z., & Xiao, S. (2009). Suicide among the elderly in mainland China. *Psychogeriatrics*, 9(2), 62-66.
- López Ibor JJ. Suicidio: problemas clínicos y medicolegales. *Rev Esp Med Legal*. 2012; 38(4):129-130.
- Mateos R, Gómez-Beneyto M, Domínguez MD, Haro JM, Montero I, PE M. Prevalencia dos Trastornos Mentais en Galicia. Informe del Estudio de Epidemiología Psiquiátrica sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Galicia, encargado por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) a la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP).
- McCall, W. V., Benca, R. M., Rosenquist, P. B., Riley, M. A., McCloud, L., Newman, J. C., ... Krystal, A. D. (2017). Hypnotic Medications and Suicide: Risk, Mechanisms, Mitigation, and the FDA. *American Journal of Psychiatry*, 174(1), 18–25.
- McCarthy MJ. Internet monitoring of suicide risk in the population. *J Affect Disord*. 2010;122(3):277-9.
- McIntosh JL. Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav*. 1992 Spring;22(1):15-35.
- Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de saude publica*, 44(4), 750-757.

- Ministerio de Sanidad, S.S (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión. Modificación Clínica. CIE – 10 – ES. Edición Española.*
- Moscicki EK. Epidemiología del suicidio. En: Pearson JL, Conwell Y, editores. *Suicidio y envejecimiento: perspectivas internacionales.* Nueva York: Springer Publishing, 1996: 3–14.
- Muerte prematura y comportamiento autolesivo en la vejez. *Geriatría* 1971; 26(7): 71–81.
- Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiología y diagnóstico de depresión al final de la vida. *J Clin Psiquiatría* 1999; 60Suppl. 20: 9–15.
- Murphy, G. E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive psychiatry*, 39(4), 165-175.
- Naghavi M, on behalf of the Global Burden of Self-Harm Collaborators (2019) Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 364:194.
- Nakamura, T., Tsuji, T., Nagamine, Y., Ide, K., Jeong, S., Miyaguni, Y., & Kondo, K. (2019). *Suicide Rates, Social Capital, and Depressive Symptoms among Older Adults in Japan: An Ecological Study.* *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4942.
- Niederehe G. Terapias psicosociales con adultos mayores deprimidos. En: Schneider LS, Reynolds CF, Lebowitz BD, et al., editors. *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en la vida tardía.* Washington, DC: Prensa Psiquiátrica Americana, 1994: 293–315.
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996;26(3):237-52.
- Ocio S, Hernández MJ. *Manual de la urgencia psiquiátrica en atención primaria.* Madrid: TCC; 2007.

- Organización Mundial de la Salud. Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas SUPRE-MISS: protocolo de SUPREMISS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Informe N.º.: WHO/MSD/MBD/02.1.
- Osuna, E., Pérez-Cárceles, M. D., Conejero, J., Abenza, J. M., & Luna, A. (1997). Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain (1990–1994). *Forensic science international*, 87(1), 73-80.
- Ovalle Borrego, Ivett y Santana, Evelio R. Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida en La Coloma. *Rev. Ciencias Médicas*. 2013, vol.17, n.5, pp.74-84. ISSN 1561-3194.
- Oyama H, Sakashita T, Hojo K, Ono Y, Watanabe N, Takizawa T, et al. A community-based survey and screening for depression in the elderly: the shortterm effect on suicide risk in Japan. *Crisis*. 2010;31(2):100-8.
- Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J. Effect of communitybased intervention using depression screening on elderly suicide risk: a metaanalysis of the evidence from Japan. *Community Ment Health J*. 2008;44(5):31120.
- Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(3):337-44.
- Pearson JL, Conwell Y. Suicide in late life: challenges and opportunities for research. Introduction. *Int Psychogeriatr* 1995; 7(2): 131–6.
- Pearson JL, Brown GK. Prevención del suicidio al final de la vida: direcciones para la ciencia y la práctica. *Clin Psychol Rev* 2000; 20(6): 685–705.
- Pérez Barrero, S. A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saú de Coletiva*, 17, 2011-2016.

- Pinto Rodríguez, M. E. (2006). Suicidio Juvenil: Sociología de una realidad social. Madrid.
- Preventing suicide: a global imperative. Geneve: World Health Organization, 2014.
- Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epi.* 2002; 37(4):190–7 34.
- Raatiniemi L, Steinvik T, Liisanantti J, Ohtonen P, Martikainen M, Alahuhta S, et al. Fatal injuries in rural and urban areas in northern Finland: a 5-year retrospective study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2016.
- Ribot Reyes et al. Suicide in elderly people. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2012: 11 (5) 699-708.
- Richard-Devantoy S, Turecki G, Jollant F (2016). Neurobiology of Elderly Suicide. *Arch Suicide Res*; 20:291–313.
- Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al. Algunas consideraciones clínicas en la prevención del suicidio basadas en un estudio de 134 suicidios exitosos. *Am J Pub Health* 1959; 49: 888–9.
- Rostami, M., Younesi, S. J., Mohammadi Shahboulaghi, F., Malakouti, S. K., & Foroughan, M. (2018). *Models of suicide in elderly: a protocol for a systematic review.*
- Santana, Y. D. L. C. B., Enríquez, J. B., Rodríguez, Y. M., & Díaz, A. S. (2015). Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. *MediCiego*, 21(1).
- Santana, Yeney de la Caridad Bethancourt, Jesús Bethancourt Enríquez, and Yolaida Moreno. "Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores Determination of the psychosocial factors, enhancers of suicidal behavior in older adults." (2015).

- Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F., & Fernandes, L. (2019). Pain as a Risk Factor for Suicidal Behavior in Older Adults: A Systematic Review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104000.
- Santurtún, M, Santurtún, A, Agudo, G, & Zarrabeitia, MT. (2016). Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(3-4), 73-80.
- Santurtún, M, Santurtún, A, Agudo, G, & Zarrabeitia, MT. (2017). ¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Sartorius N. Cambios recientes en las tasas de suicidio en determinados países de Europa oriental y otros países europeos. En: Pearson JL, Conwell Y, editores. *Suicidio y envejecimiento: perspectivas internacionales*. Nueva York: Springer Publishing, 1996: 169–76.
- Satorres E, Ros L, Meléndez JC, et al (2018). Measuring elderly people's quality of life through the Beck Hopelessness Scale: a study with a Spanish sample.
- Soriano Barceló et al. Perfil de los intentos de suicidio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Santiago de Compostela en el periodo de 2015 a 2017. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, N°235, 2019, págs. 89-107.
- Sotelo Alonso et al. Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Prymare Care, vol. 14 (1) 5-13, 2012.
- Stanley IH, Hom MA, Rogers ML, et al (2016). Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging Ment Health*; 20: 113–22.
- Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. The Cache County Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(6):601-7.

- Stenback A. Depresión y comportamiento suicida en la vejez. En: Birren JE, Sloane RB. Editores. Manual de salud mental y envejecimiento. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1980: 616–52.
- Suárez Suárez, A. (2000, Febrero). Disponibilidad sobre la propia vida y el derecho a morir con dignidad. From Noticias Jurídicas.
- Suelves JM, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. Rev Esp Med Legal. 2012;38(4):137-142.
- Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. La amenaza de la vida suicida se comportó 1997; 27(2): 194–207.
- Suicide prevention. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; Helsinki: World Health Organization; 2005.
- Suicidio en pacientes deprimidos de edad avanzada: ¿Es la ideación suicida 'activa' vs 'pasiva' una distinción clínicamente válida? Am J Geriatr Psiquiatría 1996; 4(3): 197–207.
- Suicidio y envejecimiento en Japón: un examen de los intentos de suicidio de ancianos tratados. Int Psychogeriatr 1995; 7(2): 239–51.
- Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
- Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behavior in the elderly. Drug Aging. 2010; 22 (3): 11-24.
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B.H. *et al.* Identificación de La Ideación Suicida y Prevención del Comportamiento Suicida en los Ancianos. *Envejecimiento de las drogas* 19, 11–24 (2002).
- Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K, Asakawa O, Kido M, Onose H, et al. Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide

attempters. *Int Psychogeriatr.* 1995 Summer; 7(2):239-51. PubMed PMID: 8829430.

- Tapanes López et al (2015). Conducta suicida en el adulto mayor. Guanabacoa 2010-2014. *Geroinfo* Vol.10, nº1.
- Tejedor MC. Aspectos clínicos del suicidio en el anciano deprimido. *Informaciones Psiquiátricas.* 2002;167:45-50.
- Téllez-Vargas, J (2013). Suicidio en ancianos.
- Tobias, O.R., R. Pary y S. Lippimann: "Preventing Suicide in older people", *Am Fam-Physician.*, 45(4):177-183, apr., 1992.
- Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(6):671-81.
- Tuesca Molina, R., & Navarro Lechuga, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, (17), 19-28.
- Turvey CL, Conwell Y, Jones MP. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2002, 10(4):398-406.
- Unutzer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(10):1550-6.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis.* 2011;32(6):319-33.
- Van Heeringen C. Suicidio y el cerebro social: la psicobiología del riesgo y los factores protectores [abstract]. 8o Simposio Europeo sobre Suicidio y Comportamiento Suicida. *Riesgo de Suicidio y Factores de Protección en el Nuevo Milenio*; 2000 Sep 9; Pisa, 26.

- Van Orden KA, Wiktorsson S, Duberstein P, Berg AI, Fassberg MM, Waern M. Reasons for attempted suicide in later life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015 May; 23(5):536-44. PubMed PMID: 25158916. Pubmed Central PMCID: 4305033.
- Vanderhorst RK, McLaren S. Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging Ment Health*. 2005;9(6):517-25.
- Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin EH, Fan MY, Unützer J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(12):1024-33.
- Vargas Sanabria (2017). Models of suicide in elderly: a protocol for a systematic review.
- Vega García E, et. al. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintes R. (editor científico). *Medicina General Integral. Salud y Medicina*. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008, p. 274-309, t.I.
- Velasco Díaz, C. M. (2014). La Psicología Aplicada a la Investigación Criminal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* (16-02), 1-41.
- Velázquez Suarez, JM. Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 43, Supplement 1, 2013.
- Vera M, Reyes-Rabanillo ML, Huertas S, Juarbe D, Perez-Pedrogo C, Huertas A, et al. Suicide ideation, plans, and attempts among general practice patients with chronic health conditions in Puerto Rico. *Int J Gen Med*. 2011;4:197-205.
- Vidal, DA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 8, nº2, págs. 103 – 112 (1999).
- Villalobos Galvis, F. H. (2009). Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Granada: Universidad de Granada.

- Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM, Pahal J, Saar P, Kelly KD. Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:138-46.
- Voros V, Osvath P, Kovacs L, Varga J, Fekete S, Kovacs A. Screening for suicidal behaviour and mental disorders with Prime-MD questionnaire in general practice. *Prim Care Community Psychiatr*. 2006;11(4):193-6.
- Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *Br Med J*. 2002 Jun 8;324(7350):1355.
- Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129-41.
- Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am J Geriatr Psychiatr*. 2010.
- Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):287-94.
- Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drugs use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 76:11-19.
- Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE, Bernert RA, Hollar DL, Schatschneider C, et al. "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *J Affect Disord*. 2008;107(1-3):107-16.
- Wolff K. Observaciones sobre depresión y suicidio en el paciente geriátrico. En: Wolff K, editor. *Patrones de autodestrucción: depresión y suicidio*. Springfield (IL): Charles C. Thomas, 1970: 33–42.

- World Health Organization. Mental Health: Responsible and deglamourized media reporting [Internet]. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization - Mental Health. Suicide prevention (SUPRE).
- World Health Organization. (2012). Agestandardized suicide rates (per 100 000 population). Global Health Observatory of Mental Health.
- World Health Organization. Mental health: Country reports and charts available. Geneva: WHO; 2011 .
- World Health Organization. Prevención del suicidio: Un instrumento para los medios de comunicación [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000.
- World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
- Wu, K. C. C., Chen, Y. Y., & Yip, P. S. (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International journal of environmental research and public health*, 9(4), 1135-1158.
- Wurst FM, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine KH, Thon N. The therapist's reaction to a patient's suicide: Results of a survey and implications for health care professionals' well-being. *Crisis*. 2011;32(2):99-105.
- Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, Schmeelk-Cone K, Petrova M, Yu Q, et al. An outcome evaluation of the sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1653-61.
- Yac, S.N., y X. Yao. "Le phenomene suicidaire en Chine", *Bulletin du Groupement d'etudes et de prevention du suicide*, vol XIII, No. 2-7, China, mai, 1995.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.

- Yip PS. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(3):117-20.
- Yoshimasu K, Kiyoochara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med*. 2008; 13(15-16):243-56.
- Yousaf F, Hawthorne M, Sedgwick P. Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr*. 2002;26(2):53-5.
- Yu Wen Koo, Kairi Kõlves & Diego de Leo (2019) Profiles by suicide methods: an analysis of older adults, *Aging & Mental Health*, 23:3, 385-391.
- Zarragoitia Alonso I. *Depresión. Generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
- Zhang, J., Stewart, R., Phillips, M., Shi, Q., & Prince, M. (2009). Pesticide exposure and suicidal ideation in rural communities in Zhejiang province, China. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 745-753.
- Zonda T, Lester D. Preventing suicide by educating general practitioners. *Omega (Westport)*. 2006;54(1):53-7.

ANEXOS

9. ANEXOS

- **DATOS DE LA ETIOLOGÍA Y MECANISMO SUICIDA Y VARIABLES CIRCUNSTANCIALES RECOGIDAS EN EL INSTITUTO ANATÓMICO FORENSE DE MADRID DURANTE LOS AÑOS 2013 AL 2018.**

ETIOLOGIA:	CIRCUNSTANCIA.....:	CAUSA FUNDAMENTAL.....:	SEXO:	EDAD.....:	FECHA INGRESO.....:	LOCALIDAD:	DIA	Año
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	65	02/01/2013	MADRID	MIÉRCOLES	2013
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	67	03/01/2013	MADRID	JUEVES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	84	12/01/2013	TORREJON DE ARDOZ	SÁBADO	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	70	12/01/2013		SÁBADO	2013
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	69	21/01/2013	MADRID	LUNES	2013
6	01.4 INTOXICACION POR INGESTA CAUSTICOS	INTOXICACION	M	73	07/02/2013	ARGANDA DEL REY	JUEVES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	77	08/02/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO		70	08/02/2013	LEGANES	VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	80	11/02/2013	GETAFE	LUNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	69	17/02/2013	MADRID	DOMINGO	2013
6	05.1.QUEMADURAS TERMICAS	QUEMADURAS	M	65	01/03/2013	LEGANES	VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	80	01/03/2013		VIERNES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	84	05/03/2013	MADRID	MARTES	2013
6	07.2.ASFIXIA-SOFOCACION	ASFIXIA	M	88	15/03/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	81	16/03/2013	ALCOBENDAS	SÁBADO	2013
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	73	18/03/2013	MADRID	LUNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	88	19/03/2013	MADRID	MARTES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	79	20/03/2013	MADRID	MIÉRCOLES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	67	02/04/2013	MOSTOLES	MARTES	2013
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	72	26/04/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	74	28/04/2013	MADRID	DOMINGO	2013
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	65	03/05/2013	MOSTOLES	VIERNES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	81	03/05/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	73	04/05/2013	LEGANES	SÁBADO	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	83	09/05/2013	MADRID	JUEVES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	67	13/05/2013	MADRID	LUNES	2013
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	82	15/05/2013	ALCOBENDAS	MIÉRCOLES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	83	17/05/2013		VIERNES	2013
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	68	18/05/2013		SÁBADO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	79	31/05/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	76	02/06/2013	NAVALCARNERO	DOMINGO	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	70	03/06/2013	MADRID	LUNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	88	17/06/2013		LUNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	69	18/06/2013		MARTES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA		72	20/06/2013	MADRID	JUEVES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	85	21/06/2013		VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	81	01/07/2013		LUNES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	78	09/07/2013	POZUELO DE ALARCON	MARTES	2013
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	67	11/07/2013	COLLADO VILLALBA	JUEVES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	78	12/07/2013		VIERNES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	89	18/07/2013	COLLADO VILLALBA	JUEVES	2013
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	POLITRAUMATISMO	H	67	22/07/2013		LUNES	2013
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	66	24/07/2013		MIÉRCOLES	2013
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	75	27/07/2013	MADRID	SÁBADO	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	90	28/07/2013	POZUELO DE ALARCON	DOMINGO	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	74	06/08/2013		MARTES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	80	11/08/2013	NAVALCARNERO	DOMINGO	2013

6	07.2.ASFIXIA-SOFOCACION	ASFIXIA	M	83	13/08/2013		MARTES	2013
6	01.2.INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	69	15/08/2013	VALDEMORO	JUEVES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	71	25/08/2013		DOMINGO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	82	27/08/2013		MARTES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	66	05/09/2013	MADRID	JUEVES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	66	23/09/2013		LUNES	2013
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	70	24/09/2013		MARTES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	73	12/10/2013	MADRID	SÁBADO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	74	13/10/2013	GETAFE	DOMINGO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	88	15/10/2013	MADRID	MARTES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	83	18/10/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	01.2.INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	67	25/10/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	69	23/11/2013	MADRID	SÁBADO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	71	26/11/2013	MADRID	MARTES	2013
6	01.4.INTOXICACION POR INGESTA CAUSTICOS	INTOXICACION	H	84	06/12/2013	MADRID	VIERNES	2013
6	01.2.INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	76	08/12/2013	MADRID	DOMINGO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	79	14/12/2013		SÁBADO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	73	15/12/2013	MADRID	DOMINGO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	83	18/12/2013		MIÉRCOLES	2013
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	65	19/12/2013	MADRID	JUEVES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	65	19/12/2013	MADRID	JUEVES	2013
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	82	28/12/2013	PARLA	SÁBADO	2013
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	74	28/12/2013	MADRID	SÁBADO	2013
6	01.2.INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	85	10/01/2014		VIERNES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	82	10/01/2014	TORREJON DE ARDOZ	VIERNES	2014
6	08.9.TRAFICO-FERROCARRIL	POLITRAUMATISMO	H	66	01/02/2014		SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	82	01/02/2014		SÁBADO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	70	02/02/2014	MADRID	DOMINGO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	84	04/02/2014	VALDEMORO	MARTES	2014
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	80	15/02/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	69	05/03/2014	MADRID	MIÉRCOLES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	70	09/03/2014		DOMINGO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	82	16/03/2014		DOMINGO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	75	22/03/2014	MAJADAHONDA	SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	70	23/03/2014		DOMINGO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	80	26/03/2014		MIÉRCOLES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	79	28/03/2014	MADRID	VIERNES	2014
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	71	03/04/2014		JUEVES	2014
6	01.2.INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	67	05/04/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	66	17/04/2014		JUEVES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	80	02/05/2014	MADRID	VIERNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	90	02/05/2014	GETAFE	VIERNES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	93	29/05/2014	MADRID	JUEVES	2014
6	07.2.ASFIXIA-SOFOCACION	ASFIXIA		79	30/05/2014		VIERNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	92	01/06/2014	MADRID	DOMINGO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	76	02/06/2014	MADRID	LUNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	86	04/06/2014		MIÉRCOLES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	72	17/06/2014	MADRID	MARTES	2014

6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	66	28/06/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	66	03/07/2014	MADRID	JUEVES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	83	05/07/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	67	15/07/2014	MADRID	MARTES	2014
6	07.4.ASFIXIA-ESTRANGULACION	ASFIXIA	M	67	22/07/2014	LEGANES	MARTES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	83	06/08/2014	MADRID	MIÉRCOLES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	65	19/08/2014	MADRID	MARTES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	88	20/08/2014	MADRID	MIÉRCOLES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	71	28/08/2014	TORREJON DE ARDOZ	JUEVES	2014
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	74	29/08/2014	TORREJON DE ARDOZ	VIERNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	82	06/09/2014		SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	83	07/09/2014		DOMINGO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	86	10/09/2014	NAVALCARNERO	MIÉRCOLES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	87	13/09/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	81	14/09/2014	MADRID	DOMINGO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	74	25/09/2014	MADRID	JUEVES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	79	29/09/2014	MADRID	LUNES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	91	05/10/2014	TORREJON DE ARDOZ	DOMINGO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	93	11/10/2014	NAVALCARNERO	SÁBADO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	79	13/10/2014	GETAFE	LUNES	2014
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	74	15/10/2014	MOSTOLES	MIÉRCOLES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	78	17/10/2014	MADRID	VIERNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	76	18/10/2014	MAJADAHONDA	SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	82	19/10/2014	MADRID	DOMINGO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	69	20/10/2014	MADRID	LUNES	2014
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	65	20/10/2014	MADRID	LUNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	OTROS	M	87	01/11/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	85	01/11/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	80	03/11/2014	MADRID	LUNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	91	08/11/2014		SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	84	10/11/2014	MOSTOLES	LUNES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	66	14/11/2014	ALCOBENDAS	VIERNES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	79	17/11/2014	MADRID	LUNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	72	18/11/2014	MADRID	MARTES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	93	04/12/2014	MADRID	JUEVES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	80	07/12/2014	MADRID	DOMINGO	2014
6	09.1.PRECIPITACION		H	86	13/12/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	71	16/12/2014	MADRID	MARTES	2014
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	74	22/12/2014	LEGANES	LUNES	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	89	27/12/2014	MADRID	SÁBADO	2014
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	68	21/09/2015	MADRID	LUNES	2015
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	71	09/10/2015	VALDEMORO	VIERNES	2015
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	70	30/10/2015	MADRID	VIERNES	2015
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	70	30/10/2015	MADRID	VIERNES	2015
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	82	01/11/2015	MADRID	DOMINGO	2015

6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	76	15/11/2015	MOSTOLES	DOMINGO	2015
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	85	30/11/2015	MADRID	LUNES	2015
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	71	02/12/2015	MADRID	MIÉRCOLES	2015
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	OTROS	H	82	03/12/2015	MADRID	JUEVES	2015
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	77	07/12/2015	MADRID	LUNES	2015
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	67	09/12/2015	MADRID	MIÉRCOLES	2015
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	80	10/12/2015	ARGANDA DEL REY	JUEVES	2015
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	72	12/12/2015	MAJADAHONDA	SÁBADO	2015
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	73	23/12/2015	MADRID	MIÉRCOLES	2015
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	90	01/01/2016	MADRID	VIERNES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	88	02/01/2016	GETAFE	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	66	03/01/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	68	18/01/2016	LEGANES	LUNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	89	24/01/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	65	03/02/2016	MADRID	MIÉRCOLES	2016
6	07.2.ASFIXIA-SOFOCACION	ASFIXIA	M	94	04/02/2016	MADRID	JUEVES	2016
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	65	04/02/2016	POZUELO DE ALARCON	JUEVES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	73	08/02/2016	MADRID	LUNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	66	25/02/2016	MOSTOLES	JUEVES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA		66	27/02/2016	NAVALCARNERO	SÁBADO	2016
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	71	29/02/2016	MADRID	LUNES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	74	05/03/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	69	06/03/2016	MOSTOLES	DOMINGO	2016
6	01.4 INTOXICACION POR INGESTA CAUSTICOS	INTOXICACION	M	72	12/03/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	84	13/03/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	80	19/03/2016	MOSTOLES	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	70	28/03/2016	MADRID	LUNES	2016
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	POLITRAUMATISMO	M	76	28/03/2016	MADRID	LUNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	77	17/04/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	65	24/04/2016	LEGANES	DOMINGO	2016
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	TRAUMATISMO	H	78	09/05/2016	MADRID	LUNES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	232	16/05/2016	ALCOBENDAS	LUNES	2016
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	65	19/05/2016	MADRID	JUEVES	2016
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	79	30/05/2016	MADRID	LUNES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	67	08/06/2016	PARLA	MIÉRCOLES	2016
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	73	09/06/2016	ALCALA DE HENARES	JUEVES	2016
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	67	10/06/2016	POZUELO DE ALARCON	VIERNES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	84	10/06/2016	MADRID	VIERNES	2016
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	TRAUMATISMO	H	85	11/06/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	OTROS	H	73	11/06/2016	VALDEMORO	SÁBADO	2016
6	07.1.ASFIXIA-SUMERSION	ASFIXIA	H	82	11/06/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	70	24/06/2016		VIERNES	2016
6	01.4 INTOXICACION POR INGESTA CAUSTICOS	INTOXICACION	M	67	29/06/2016	MAJADAHONDA	MIÉRCOLES	2016
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	77	03/07/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	78	07/07/2016	GETAFE	JUEVES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	70	15/07/2016	MADRID	VIERNES	2016

6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	94	15/07/2016	MADRID	VIERNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	82	30/07/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	86	07/08/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	73	11/08/2016	MADRID	LUNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	81	13/08/2016	MADRID	MIÉRCOLES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	90	15/08/2016	MADRID	VIERNES	2016
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	TRAUMATISMO	H	66	05/09/2016	MOSTOLES	LUNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	78	14/09/2016	MADRID	MIÉRCOLES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	83	17/09/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	68	23/09/2016	MADRID	VIERNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	87	24/09/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	M	78	26/09/2016	MADRID	LUNES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	90	28/09/2016	GETAFE	MIÉRCOLES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	77	15/10/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	85	18/10/2016	MADRID	MARTES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	67	18/10/2016	MADRID	MARTES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	77	27/10/2016	MADRID	JUEVES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	74	31/10/2016	ALCOBENDAS	LUNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	84	10/11/2016	MADRID	JUEVES	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	79	12/11/2016	NAVALCARNERO	SÁBADO	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	82	12/11/2016	MADRID	SÁBADO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	80	13/11/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	MUERTE NATURAL	H	72	13/11/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	70	17/11/2016	NAVALCARNERO	JUEVES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	68	22/11/2016	MADRID	MARTES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	85	28/11/2016	MADRID	LUNES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	75	29/11/2016	MADRID	MARTES	2016
6	ATROPELLO-METRO	TRAUMATISMO	H	71	25/12/2016	MADRID	DOMINGO	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	92	28/12/2016	MADRID	MIÉRCOLES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	70	29/12/2016	MADRID	JUEVES	2016
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	86	09/01/2017	MADRID	LUNES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	73	11/01/2017	MAJADAHONDA	MIÉRCOLES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	82	11/01/2017	ARGANDA DEL REY	MIÉRCOLES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	85	13/01/2017	MADRID	VIERNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	78	18/01/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	67	31/01/2017	MADRID	MARTES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	74	02/02/2017	MADRID	JUEVES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	87	09/02/2017		JUEVES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	85	14/02/2017	MADRID	MARTES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	72	19/02/2017	GETAFE	DOMINGO	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	70	01/03/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	69	01/03/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	TRAUMATISMO	H	77	07/03/2017	ALCOBENDAS	MARTES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	67	10/03/2017	MADRID	VIERNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	80	12/03/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	76	19/03/2017	MADRID	DOMINGO	2017

6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	92	21/03/2017	MADRID	MARTES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	72	27/03/2017	MADRID	LUNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	66	06/04/2017	GETAFE	JUEVES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	88	06/04/2017	MADRID	JUEVES	2017
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	84	14/04/2017	MADRID	VIERNES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	87	17/04/2017	MADRID	LUNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	70	18/04/2017	MADRID	MARTES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	81	19/04/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	72	23/04/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	EXPLOSION DE GAS	OTROS	H	68	08/05/2017	MADRID	LUNES	2017
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	69	11/05/2017	MADRID	JUEVES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	82	19/05/2017		VIERNES	2017
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	POLITRAUMATISMO	H	71	21/05/2017	POZUELO DE ALARCON	DOMINGO	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	66	05/06/2017	MADRID	LUNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	78	07/06/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	84	09/06/2017	MADRID	VIERNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	81	10/06/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	87	12/06/2017	MADRID	LUNES	2017
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	POLITRAUMATISMO	H	87	14/06/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	82	15/06/2017	MADRID	JUEVES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	79	18/06/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	01.1 INTOXICACION POR DROGAS	INTOXICACION	M	84	22/06/2017	MADRID	JUEVES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	84	26/06/2017	MADRID	MARTES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	65	27/06/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	82	02/07/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	66	03/07/2017	ALCOBENDAS	LUNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	74	04/07/2017	MADRID	MARTES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	77	15/07/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	75	17/07/2017	MADRID	LUNES	2017
6	07.2.ASFIXIA-SOFOCACION	ASFIXIA	H	83	25/07/2017	MADRID	MARTES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	80	29/07/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	85	29/07/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	86	30/07/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	79	31/07/2017	MADRID	LUNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	82	02/08/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	94	04/08/2017	MADRID	VIERNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	86	18/08/2017	MAJADAHONDA	VIERNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	79	26/08/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	65	26/08/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	91	30/08/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	83	03/09/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	66	07/09/2017	LEGANES	JUEVES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	65	09/09/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	78	13/09/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	91	15/09/2017	MADRID	VIERNES	2017
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	H	71	19/09/2017	MADRID	MARTES	2017
6	ATROPELLO-METRO	TRAUMATISMO	H	68	29/09/2017	MADRID	VIERNES	2017

6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	90	30/09/2017	ARANJUEZ	SÁBADO	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	94	06/10/2017	MADRID	VIERNES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	79	09/10/2017	MADRID	LUNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	73	16/10/2017	MOSTOLES	LUNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	89	16/10/2017	MOSTOLES	LUNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	77	22/10/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	72	22/10/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	86	23/10/2017	NAVALCARNERO	LUNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	75	31/10/2017	MADRID	MARTES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	85	01/11/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	01.3 INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO	INTOXICACION	H	98	06/11/2017	MADRID	LUNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	85	07/11/2017	MADRID	MARTES	2017
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	TRAUMATISMO	H	69	20/11/2017	MADRID	LUNES	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	81	21/11/2017	MADRID	MARTES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	66	25/11/2017	MADRID	SÁBADO	2017
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	90	26/11/2017	MADRID	DOMINGO	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	89	04/12/2017	MADRID	LUNES	2017
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	86	13/12/2017	MADRID	MIÉRCOLES	2017
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	79	16/12/2017	POZUELO DE ALARCON	SÁBADO	2017
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	71	04/01/2018	MOSTOLES	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	87	05/01/2018	MADRID	VIERNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	70	11/01/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	78	13/01/2018	MADRID	SÁBADO	2018
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	POLITRAUMATISMO	H	80	17/01/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	92	19/01/2018	MADRID	VIERNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	83	20/01/2018	MADRID	SÁBADO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	91	05/02/2018	MADRID	LUNES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	85	16/02/2018	MADRID	VIERNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	75	16/02/2018	PARLA	VIERNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	79	03/03/2018	MADRID	SÁBADO	2018
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	TRAUMATISMO	H	70	12/03/2018	MADRID	LUNES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	65	14/03/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	07.2.ASFIXIA-SOFOCACION	ASFIXIA	M	84	01/04/2018	GETAFE	DOMINGO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	74	05/04/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	92	05/04/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	71	07/04/2018	LEGANES	SÁBADO	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	68	10/04/2018	MADRID	MARTES	2018
6	01.4 INTOXICACION POR INGESTA CAUSTICOS	INTOXICACION	H	91	10/04/2018	MADRID	MARTES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA		77	13/04/2018		VIERNES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	87	14/04/2018		SÁBADO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	77	14/04/2018		SÁBADO	2018
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	M	86	15/04/2018		DOMINGO	2018
6	07.1.ASFIXIA-SUMERSION	ASFIXIA	M	77	24/04/2018	ALCOBENDAS	MARTES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	98	01/05/2018	TORREJON DE ARDOZ	MARTES	2018
6	01.1 INTOXICACION POR DROGAS	INTOXICACION	M	82	09/05/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	68	10/05/2018	TORREJON DE ARDOZ	JUEVES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	73	12/05/2018	MADRID	SÁBADO	2018

6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	73	13/05/2018	ARANJUEZ	DOMINGO	2018
6	01.3 INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO	INTOXICACION	M	84	16/05/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	85	28/05/2018		LUNES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	76	20/06/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	86	23/06/2018	MOSTOLES	SÁBADO	2018
6	ATROPELLO-METRO	TRAUMATISMO	H	73	24/06/2018	MADRID	DOMINGO	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	79	27/06/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA		81	28/06/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	84	28/06/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	03.2.HERIDA ARMA DE FUEGO	ARMA DE FUEGO	H	81	01/07/2018	MADRID	DOMINGO	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	86	04/07/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	OTROS	H	91	04/07/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	OTROS	H	68	10/07/2018	MADRID	MARTES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	71	12/07/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	81	17/07/2018	MADRID	MARTES	2018
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	OTROS	H	66	23/07/2018	MADRID	LUNES	2018
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	TRAUMATISMO	H	79	24/07/2018	MOSTOLES	MARTES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	73	03/08/2018	MADRID	VIERNES	2018
6	07.1.ASFIXIA-SUMERSION	ASFIXIA	H	88	05/08/2018	TORREJON DE ARDOZ	DOMINGO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	67	06/08/2018	TORREJON DE ARDOZ	LUNES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	H	80	09/08/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	66	23/08/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	89	24/08/2018	MADRID	VIERNES	2018
6	01.2 INTOXICACION MEDICAMENTOS	INTOXICACION	M	82	10/09/2018	MADRID	LUNES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	69	10/09/2018	LEGANES	LUNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	88	14/09/2018	MADRID	VIERNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	OTROS	H	74	15/09/2018	MADRID	SÁBADO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	74	18/09/2018	MADRID	MARTES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO		69	19/09/2018		MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	65	19/09/2018	COLLADO VILLALBA	MIÉRCOLES	2018
6	08.9 TRAFICO-FERROCARRIL	TRAUMATISMO	H	79	26/09/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	03.1.HERIDA ARMA BLANCA	ARMA BLANCA	M	84	05/10/2018	COLLADO VILLALBA	VIERNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	65	10/10/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	M	66	11/10/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	65	15/10/2018	MADRID	LUNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	85	16/10/2018	MADRID	MARTES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	82	17/10/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	86	27/10/2018	MADRID	MARTES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	86	27/10/2018	MADRID	MARTES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	83	08/11/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	68	11/11/2018	MADRID	DOMINGO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	75	15/11/2018	MADRID	VIERNES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	92	22/11/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	H	74	24/11/2018		SÁBADO	2018
6	07.3.ASFIXIA-AHORCADURA	ASFIXIA	H	80	25/11/2018		DOMINGO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	POLITRAUMATISMO	M	76	25/11/2018		DOMINGO	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	M	70	06/12/2018	MADRID	JUEVES	2018
6	09.1.PRECIPITACION	TRAUMATISMO	H	66	12/12/2018	MADRID	MIÉRCOLES	2018

