



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Derecho

Grado en Criminología

**Estudio epidemiológico del suicidio
en mayores de 65 años
en Alicante de 2016 a 2019**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Juan Salvador Trujillo López
Tipo de trabajo:	Investigación empírica
Directora:	Dra. Marta Grijalba Mazo
Fecha:	16 de septiembre de 2020

Índice de contenidos

1. Introducción	7
1.1. Justificación del tema elegido	7
1.2. Problema y finalidad del trabajo	11
1.3. Objetivos.....	12
2. Marco teórico	13
2.1. Retrospectiva del suicidio en ancianos.....	15
2.2. Factores que intervienen en el suicidio en ancianos	17
2.3. Distribución del suicidio en España por sexo y edad	21
2.4. Tratamiento del suicidio en medios de comunicación.....	22
3. Hipótesis inicial, objetivo y metodología aplicada	24
4. Datos epidemiológicos suicidios en la provincia de Alicante período 2016 – 2020	27
4.1. Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante.....	27
4.2. Estadísticas obtenidas a través de los datos del aplicativo MELVA	31
4.2.1. Suicidios según nacionalidades	33
4.2.2. Suicidios según sexo	37
4.2.3. Suicidios según método empleado.....	38
4.3. Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE)	42
4.4. Comparativa entre los datos del INE y del IMLCF de alicante.....	44
4.5. Extracción de tasas de suicidio en la muestra de estudio	46
5. Discusión	51
5.1. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida (Generalitat Valenciana).....	53
6. Conclusiones.....	56
Referencias bibliográficas.....	59

Listado de abreviaturas	66
Anexo A. Gráficas sobre suicidios en Alicante (2016 – 2019) distribuidos por sexo, edad y grupos de nacionalidad.	67
Anexo B. Tablas sobre suicidios de extranjeros europeos de los países de la muestra, menores de 65 años.	69
Anexo C. Infografía de la Organización Mundial de la Salud.....	71
Anexo D. Campaña de sensibilización en medios de la Generalitat Valenciana.	72

Índice de tablas

Tabla 1. Municipios con mayor presencia absoluta de gerontoinmigrantes.	9
Tabla 2. Perfil sociodemográfico de la muestra objeto de estudio.....	10
Tabla 3. Autopsias judiciales practicadas por la Sección de Anatomía del IMLCF de Alicante.	29
Tabla 4. Autopsias practicadas en el IMLCF de Alicante en la serie 2016 – 2019 por nacionalidades.	30
Tabla 5. Lista de suicidios mayores de 65 años extranjeros en provincia de Alicante, años 2016 a 2019.	31
Tabla 6. Métodos de suicidio utilizados en Alicante (2018-2019).	38
Tabla 7. Métodos de suicidio por cada 1.000 hab. en la C. Valenciana (2018).....	40
Tabla 8. Población mayor de 65 años en ambas muestras objeto de estudio.....	47
Tabla 9. Tasas de suicidios por cada 100.000 hab. en ambas muestras objeto de estudio.....	48
Tabla 10. Tasas de suicidio en países europeos para mayores de 65 años (2016 – 2017).	50

Índice de gráficas

Gráfica 1. Distribución de suicidios en España por sexo y edad.	21
Gráfica 2. Número de autopsias de etiología suicida practicadas en el IMLCF de Alicante.....	30
Gráfica 3. Suicidios por mayores de 65 años, Alicante (2016-2019).....	34
Gráfica 4. Desglose de los suicidios de europeos jubilados mayores de 65 años, Alicante (2016-2017), desglosados por nacionalidades europeas.	35
Gráfica 5. Suicidios por mayores de 65 años en Alicante (2016 – 2019) distribuidos por sexos y en ambas muestras de comparación.	37
Gráfica 6. Principales mecanismos suicidas en extranjeros europeos mayores de 65 años. Alicante (2016-2019)	41
Gráfica 7. Evolución de los suicidios en la provincia de Alicante.	43
Gráfica 8. Comparativa entre los datos del INE y el IMLCF de Alicante.....	45
Gráfica 9. Evolución anual de las tasas de suicidio de ambas muestras.	48

Índice de figuras

Figura 1. Esquema del modelo estrés diátesis de la conducta suicida.	20
Figura 2. Factores asociados al suicidio de ancianos.	20

Resumen

Con este trabajo se pretende realizar un estudio epidemiológico del suicidio en mayores de 65 años en la provincia de Alicante en el período 2016-2019. Se utiliza como principal fuente de información la estadística de defunciones según la causa de muerte ofrecida anualmente por el Instituto Nacional de Estadística, así como las fuentes forenses, principalmente la proporcionada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante. Se efectúan análisis comparativos por sexo, mecanismo suicida y la tasa de incidencia en nacionales y extranjeros europeos. Se evidencia el predominio del varón y la asfixia por ahorcadura en ambos grupos poblacionales, pero una tendencia al alza en la tasa de incidencia de extranjeros europeos no presente en los nacionales. Se objetiva la importancia de las fuentes forenses en el estudio de la mortalidad por suicidio, así como la conveniencia de incluir en los programas de prevención del suicidio a estos grupos poblacionales.

Palabras clave: suicidio, prevención, jubilado europeo, Alicante, epidemiología.

Abstract

This work aims to carry out an epidemiological study of suicide in people over-65s in the province of Alicante during the period of 2016-2019. It is used as the main source of information the statistics of deaths according to the cause of death offered annually by the National Statistical Institute, as well as the forensic sources, mainly that provided by the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Alicante. Comparative analyses are carried out by sex, suicidal mechanism and incidence rate in national and foreigner Europeans. Male dominance and hanging asphyxiation are evident in both population groups, but an upward trend in the incidence rate of European foreigners, not present in nationals. The importance of forensic sources in the study of suicide mortality is objective, as well as the convenience of including these population groups in suicide prevention programs.

Keywords: suicide, prevention, European retiree, Alicante, epidemiology.

1. Introducción

La **provincia de Alicante** se ha consolidado dentro del plano nacional como un **destino turístico** elegido por ciudadanos del resto de países europeos, entre los que destacan los países de las regiones más septentrionales. Dentro del descomunal volumen de visitantes¹ con fines turísticos, existe un importante nicho el cual no circunscribe su visita a España a un período de tiempo concreto. Si no que por el contrario, elige España para asentarse de forma prolongada. Nos estamos refiriendo al jubilado europeo de poder adquisitivo medio y alto.

Este fenómeno protagonizado por jubilados europeos, que con ocasión de su retiro de la actividad laboral proceden a asentarse de forma estable en España, ha venido a denominarse **gerontoinmigración** (Echezarreta 2005). Son europeos de países comunitarios, y en menor medida también de países europeos no comunitarios, a saber; Noruega y Suiza principalmente, que encuentran sumamente atractivo el arco mediterráneo español para pasar sus años de jubilación, en tanto en cuanto el haber alcanzado la edad de jubilación les permite gozar de un cuantioso tiempo libre para dedicarlo al ocio, como consecuencia de haber cesado en sus obligaciones laborales.

Este colectivo de extranjeros residentes en España no es ajeno a la fenomenología suicida, siendo esta conducta en palabras de la propia OMS un **grave problema de salud pública**. Esta forma tan dramática y abrupta de acabar con la vida de uno mismo es definida por este organismo internacional en 2014 como “**todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil**”.

1.1. Justificación del tema elegido

Si de difícil entendimiento puede resultar en ocasiones la conducta suicida para aquellos sobrevivientes a la misma, con ellos nos referimos a los familiares del círculo más cercano al suicida, cuya ausencia repentina da paso a una etapa de amargo y doloroso duelo. De mayor incompreensión se puede tornar cuando el suicida se encontraba en una etapa de su vida cuyo

¹ INE (2019). 83,7 millones de visitantes en 2019.

principal *late motiv* es el disfrute de una jubilación, y además eliminamos en la ecuación que forman los factores de riesgos, aspectos tales como los problemas económicos.

Según el INE la población española en 2018 alcanzó la cifra de 46.722.980 millones de habitantes. En dicho año, y según la misma fuente, 3.539 personas decidieron acabar con su vida, lo que nos reporta una tasa de suicidio de **7,57 individuos por cada 100.000 habitantes**. En el mismo año y trasladados a la provincia de Alicante, esta contaba con 1.838.819 habitantes, optando por quitarse la vida 156 personas, lo que aporta una tasa de suicidios de **8,48 individuos por cada 100.000 habitantes**. La comparativa de estos datos ya nos revela una mayor incidencia del suicidio en la provincia de Alicante, respecto a la tasa nacional, todo ello en el último año disponible del cual el INE aporta la estadística de defunciones según la causa de muerte.

Acudiendo nuevamente a la OMS, en su informe *Prevención del suicidio. Un imperativo global* (2014), y en relación a las tasas expuestas en el párrafo anterior, este organismo internacional nos advierte que las **tasas suicidas son más elevadas en las personas mayores de 70 años** de edad en casi todas las regiones del mundo, tanto en hombres como en mujeres.

Retomando la cuestión de la gerontoinmigración, y su protagonismo en España, una encuesta realizada en España entre abril de 2010 y febrero de 2011, en el marco del Plan Nacional I + D + i *Migración Internacional de Retirados en España: Impacto, identidades e integración (MIRE3i)* establecía la clasificación de municipios con mayor presencia absoluta de gerontoinmigrantes. Para ello se había encuestado a 720 ciudadanos **extranjeros** de la **Unión Europea**, además de **noruegos** y **suizos**, residentes de larga duración en España.

Tabla 1. Municipios con mayor presencia absoluta de gerontoinmigrantes²

<i>Municipio</i>	<i>Provincia</i>	<i>GIC</i>	<i>Porcentaje respecto de población total</i>	<i>Porcentaje respecto de total de extranjeros</i>	<i>Porcentaje respecto de población mayor de 55 años</i>
Torrevieja	Alicante	19.566	19,2	36,5	51,4
Orihuela	Alicante	16.612	18,7	44,7	52,2
Mijas	Málaga	11.323	14,3	34,6	57,7
Rojales	Alicante	9.449	43,8	57,4	80,8
Calp	Alicante	8.523	28,7	45,8	70,0
Fuengirola	Málaga	8.118	11,0	30,8	35,4
Jávea	Alicante	7.703	23,7	43,1	61,3
Madrid	Madrid	7.056	0,2	1,3	0,7
Arona	Santa Cruz de Tenerife	6.861	9,1	22,2	41,9
Mazarrón	Murcia	6.339	17,9	39,0	56,9
San Fulgencio	Alicante	6.146	49,8	64,1	85,7
Benalmádena	Málaga	6.058	9,5	29,1	37,8
Marbella	Málaga	5.726	4,1	14,9	18,2
L'Alfàs del Pi	Alicante	5.247	24,2	42,6	68,2
Benidorm	Alicante	4.965	6,9	20,1	23,0
Teulada	Alicante	4.938	33,5	50,5	73,3
Pilar de la Horadada	Alicante	4.767	20,8	44,1	60,8

Encuesta MIRE3i, 2012.

Tal y como se puede observar en la tabla precedente, de los diecisiete (17) primeros **municipios a nivel nacional con mayor presencia de gerontoinmigrantes, diez (10)** están situados exclusivamente en la provincia de **Alicante**, por lo que esta aglutina el mayor número de ellos.

En esta misma línea argumental, en el año 2016, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) publica un informe en el que analiza diversas estadísticas sobre las personas mayores en España. En este informe el componente de la población extranjera es analizado pormenorizadamente. Se datan la nacionalidad **británica** (31,65 %) y la **alemana** (10,93 %) como las mayoritarias entre los **ciudadanos originarios de países europeos** que fijan su residencia en España, siendo la zona geográfica predilecta para los extranjeros **mayores de 65 años** el arco Mediterráneo y algunas islas del archipiélago canario y balear. Abordando el asunto en clave provincial, Alicante vuelve a ser en este estudio la provincia con mayor

² Fuente: DÍAZ MUÑOZ, R. Atractivo de España para los jubilados europeos: del turismo a la gerontoinmigración. Padrón de habitante 2011 (INE).

presencia de esta porción de la población residente en España, el 18,19 %, seguida en segundo lugar por Málaga (17,06 %).

Retrotrayéndose nuevamente al estudio *MIRES3i* y con la intención de conocer con mayor precisión las **características sociodemográficas** de la porción de la población que será objeto de ulterior estudio, se expone la siguiente tabla.

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de la muestra objeto de estudio³

Características	País de origen (porcentaje)			
	Reino Unido	Alemania	Resto	Total
Estado civil				
Soltero	5,3	7,3	7,7	6,5
Casado/pareja	75,9	59,2	65,2	68,5
Divorciado/Viudo	18,8	33,5	27,1	25,0
Estudios				
Sin estudios/básicos	34,2	9,5	21,3	24,1
Educación Secundaria/Profesional	53,3	63,1	56,1	56,6
Educación Universitaria	12,5	27,4	22,6	19,3
Ingresos mensuales (unidad familiar)				
Menos de 1.500 euros	33,9	37,2	35,0	35,0
Entre 1.500 y 3.000 euros	26,5	49,3	48,6	39,1
Más de 3.000 euros	39,6	13,5	16,4	25,9
Tamaño del hogar (comparte con)				
Vive solo/a	20,0	37,4	31,7	27,9
Vive acompañado/a	80,0	62,6	68,3	72,1
Mantenimiento de la vivienda en su país				
Sí	29,9	53,7	50,2	42,0
No	70,1	46,3	49,8	58,0

Principales rasgos de los gerontoinmigrantes, 2012.

Dos datos se hacen de obligada mención: el **58 %** de los encuestados **no conservan su vivienda habitual en el país de origen**, rasgo inequívoco de la vocación de establecerse en España de forma estable y permanente. Y el 65 % de los encuestados registran ingresos mensuales superiores a los 1.500 €, siendo de dicho porcentaje un sustancial **25,9 %** representado por **ingresos de más de 3.000 €/mensuales**. Lo que habla de un sector poblacional con un poder adquisitivo medio/alto.

³ Fuente: DÍAZ MUÑOZ, R. Atractivo de España para los jubilados europeos: del turismo a la gerontoinmigración. Encuesta MIRE3i.

1.2. Problema y finalidad del trabajo

En el abordaje del fenómeno suicida en extranjeros europeos jubilados, se despierta una curiosidad criminológica aún más acentuada que en el caso del fenómeno suicida en ancianos nacionales. Ello es debido principalmente a la apreciación de una antítesis: por un lado, se encuentra un colectivo que ha hecho la elección de establecerse en un lugar con una elevada calidad de vida, buen clima y unos índices de seguridad altos [factores por los que jubilados europeos deciden asentarse en España según el IMSERSO] para disfrutar de su jubilación. Por el contrario, dichos sueños de una plácida etapa de jubilación en el litoral español, en ocasiones se tornan en la elaboración de un ideario suicida, el cual se tiene fidedigna constancia se produce hasta sus últimas consecuencias en un número desconocido. Dicho lo cual, se deduce que este fatal desenlace debiera de suponer el último estadio de un proceso de cambio en las aspiraciones vitales del suicida en cuestión, existiendo un momento coyuntural o de inflexión psicológica, en que el disfrute de una vida sosegada en un lugar que se antojaba apacible, con una climatología que se presta a dicho disfrute, se torna en un insoportable deseo de acometer el óbito de uno mismo.

El principal obstáculo a batir que se deriva en la realización de este trabajo estriba en la adquisición de datos. La propia OMS en 2014, hizo hincapié en la necesidad de alcanzar unos datos de calidad en todo lo circundante al fenómeno suicida, llegando incluso a señalar la esencialidad de registrar en los archivos hospitalarios las tentativas de suicidio atendidas. De todos los Estados Miembros de la OMS (192), únicamente 80 disponen de datos de buena calidad en sus registros civiles directamente utilizables para estimar tasas de suicidio.

Las dos principales fuentes de información abierta con las que se cuenta a nivel nacional vienen dadas de una parte por el **INE**; este organismo recoge con periodicidad anual la estadística de defunciones según la causa de muerte, incluyendo las muertes por causas externas, entre las que el suicidio ocupa el primer lugar (3.539 suicidios en 2018⁴). Y de otra parte por las *Memorias de Actividades* de los **Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF)**; la práctica de la autopsia judicial es preceptiva en aquellos fallecimientos por causas

⁴ Fuente: Nota de prensa INE. Defunciones según causa de la muerte 2018. Publicado 19 diciembre 2019.

violentas, entre los que encontramos los de etiología suicida, junto con la homicida y accidental. Sin embargo, en ninguna de ambas fuentes, entendiendo por ellas el INE y las *Memorias de Actividades* del IMLCF de Alicante, esta accesible la distribución de suicidios a nivel comunidad autónoma o provincial por edades y nacionalidades de forma conjunta.

Por ello, mediante la confección de este trabajo se pretende acceder a la realidad suicida de aquellos extranjeros europeos mayores de 65 años, de cuyas nacionalidades se tiene constancia tienen entre las provincias españolas predilectas para su jubilación la de Alicante. Haciendo uso para tal finalidad, de la información disponible en las fuentes arriba descritas, así como la solicitada formalmente en ampliación a estas.

1.3. Objetivos

Con la realización del presente trabajo se pretende como **objetivo general** aportar datos epidemiológicos sobre la conducta suicida en **adultos mayores de 65 años**⁵ y tras ceñirse al ámbito geográfico de la provincia de Alicante, conocer el número de suicidios protagonizados por extranjeros europeos y sus nacionalidades, y por tanto comprender si su perfil se equipararía al español según sexo, edad y mecanismo suicida. A fin de establecer con precisión las nacionalidades que compondrán la parte de la muestra correspondiente a nacionalidades europeas, se han tomado como base las tratadas en los trabajos arriba enunciados [MIRE3i e IMSERSO], estos vendrían a ser todos los países del centro y norte de la **Unión Europea**, además de **Noruega** y **Suiza** (pertenecientes al Espacio Schengen y por tanto de libre circulación de personas), y **Reino Unido**.

- | | | |
|-------------|--------------|-----------|
| - Alemana | - Francesa | - Suiza |
| - Belga | - Finlandesa | - Sueca |
| - Británica | - Holandesa | - Noruega |
| - Danesa | - Irlandesa | |

En cuanto a los **objetivos específicos** que se pretenden abordar, se resaltan los siguientes:

⁵ Ante la ausencia de homogeneidad en las edades de jubilación en el seno de los países de la Unión Europea, se ha tomado como edad de referencia de jubilación para este trabajo los 65 años, coincidente con la nacional.

- Ahondar en el fenómeno del suicidio en mayores de 65 años mediante el **examen y análisis de la bibliografía científica** construida en este concreto campo.
- Identificar particularidades en el patrón suicida del extranjero mayor de 65 años, respecto al nacional, todo ello en referencia a **método o mecanismo de suicidio y distribución por sexos**.
- **Obtener las tasas de suicidio** en ambos fragmentos de la muestra y por ende determinar si la población de extranjeros europeos mayores de 65 años fuera merecedora de actuaciones preventivas concretas a fin de reducir su incidencia, o por el contrario se encontrarán en parámetros acordes en relación a su población general de referencia en España, es decir, los jubilados nacionales.
- Analizar las políticas públicas implementadas hasta el momento para atajar el alza en las cifras suicidas.

2. Marco teórico

El suicidio, palabra proveniente del latín *sui* y *occidere*, “**matarse a uno mismo**”, ha sido consustancial al desarrollo del ser humano, encontrando manifestaciones del mismo en todas las etapas de la historia universal. Pero estas manifestaciones suicidas han sido interpretadas de manera muy diferenciada según la cultura de la sociedad en cuestión donde se reprodujese la conducta suicida. Tales es el caso del *seppuku* o *harakiri* en la cultura oriental, aceptado socialmente como una forma honrosa de cometer el suicidio (SANCHEZ 2013), o en el extremo opuesto el ejemplo de India, que hasta marzo del año 2017 el intento de suicidio estaba penalizado con hasta un año de prisión y multa económica. Mientras tanto, en la cultura occidental, el suicidio ha sido concebido tradicionalmente como un tema tabú.

En tiempos más recientes, mayo del año 2013, en la **66.ª Asamblea de la OMS**, se adoptó el **1^{er} Plan de Acción sobre Salud Mental** en la historia de la OMS. Entre las líneas de actuación a implementar en el campo de la prevención del suicidio, se promovía el “diálogo público sobre el estigma”, así como aumentar “la concientización del público y la de los medios de comunicación”.

En este *1^{er} Plan de Acción sobre la Salud Mental* esbozado por la OMS, se dibuja la prevención del suicidio como uno de sus principales caballos de batalla, habiéndose propuesto ya en 2013, reducir las tasas del suicidio en un 10 % para el corriente año 2020.

Es ya en el año **2014**, cuando la **OMS** elabora su **primer informe sobre la prevención del suicidio**, titulado ***Prevención del suicidio: un imperativo global***. Este resulta toda una declaración de intenciones al afirmar que su principal pretensión es priorizar la prevención del suicidio en la agenda global de la salud pública. Nueva muestra de acometer una labor de imperiosa necesidad en el ámbito de la salud con alcance internacional.

En cifras, la problemática queda esquematizada por la OMS en **800.000 muertes al año** de etiología suicida. Sin embargo, más allá de los suicidios consumados, existe el grave problema de crear una red de asistencia eficaz para el apoyo a aquellos casos de tentativas frustradas, teorizando la OMS que **por cada adulto que consigue suicidarse**, existen posiblemente **más de veinte que lo intentaron**.

Este dato se torna de importancia capital en el contexto del suicidio en la vejez⁶, dado que en la dinámica suicida, los ancianos muestran menos tentativas que otros grupos poblacionales, al usar métodos de mayor letalidad (SORIANO *et al.* 2019).

Es en este entorno donde cobra gran relevancia la detección de síntomas, para lo cual se ha de definir los siguientes conceptos (Sanchez, E. 2013):

Simulación suicida: es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.

Riesgo de suicidio: es la posibilidad de que un individuo atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la persona, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

El parasuicidio: conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico.

⁶ La OMS data la etapa de la **vejez a partir de los 60 años**.

“Suicidio silencioso”: intención enmascarada de provocarse la muerte por medio de métodos no violentos, generalmente mediante el abandono de la satisfacción de necesidades básicas (comer, beber, dormir ...) o mediante el incumplimiento de tratamientos médicos esenciales.

2.1. Retrospectiva del suicidio en ancianos

El acto suicida es objeto de estudio y análisis debido a que el mismo constituye un grave problema de salud pública, situándose en un gran número de países como la primera causa de muerte externa entre la población. Sin embargo, el fenómeno suicida estudiado de forma particular en el anciano se encuentra carente de una vasta literatura científica (VELÁSQUEZ 2013). En divergencia con esta situación, se halla la aseveración de PÉREZ BARRERO (2012) al enunciar que para el año 2030, la tasa de suicidio en ancianos podría haber experimentado un aumento del 200 %, siendo ya de por sí en la actualidad el grupo etario con mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes.

Acudiendo a fuentes oficiales del Gobierno de España, y desde el plano de la **población inmigrante residente en España**, se puede hallar un texto elaborado en 2009 bajo el auspicio del Ministerio de Trabajo e Inmigración, así como del Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI). Realizado por componentes del **Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia** de la **Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid**, y bajo el título: *Mortalidad y principales causas de muerte en la población inmigrante residente en España, 2001-2005*. Se realiza un exhaustivo trabajo de recopilación de datos, para obtener las tasas de mortalidad en España en la franja de años reseñada, respecto aquella población de origen nacional distinto al español y residente en España como resultado del fenómeno de la inmigración.

En cuanto a los datos aportados que sean de provechoso de interés para este trabajo, los mismos son plasmados de manera desglosada por áreas continentales, siendo la referente a *Países Occidentales*⁷ la relevante en el caso que nos ocupa, encontrando seguidamente bajo el apéndice *Suicidio (X60-X84)*, nomenclatura correspondiente al sistema de Clasificación

⁷ El resto de áreas geográficas referenciadas en el estudio están constituidas por: Europa del Este, África del Norte, África Subsahariana, América Central y Caribe, América del Sur, Oriente Medio y Asia del Sur, Asia del Este.

Internacional de las Enfermedades (CIE-10), en su décima revisión, como las muertes suicidas en **valores absolutos entre el año 2001 a 2005** protagonizadas por ciudadanos de países occidentales residentes en España, alcanza la cifra de **422 sucesos**. De esta cifra, 326 corresponden a varones, y los restantes 96 a mujeres.

Expuestos estos mismos datos en **tasas de mortalidad**⁸ con ocasión de **suicidios consumados**, se obtiene una tasa de mortalidad conjunta en ambos sexos para nacionales de países occidentales residentes en España de 8,9. Disgregados en sexos supondría un **14,1 en hombres** y un **4,0 en mujeres**.

Otro de los abordajes que se ha realizado en el plano nacional respecto al suicidio en ancianos lo constituye el estudio de M. Casado Blanco (2002). En el se toma la muestra correspondiente a los suicidios consumados por mayores de 65 años en la provincia de Badajoz en el período de años comprendido entre 1990 y 1995. El estudio pretende poner en valor la formación del médico de “cabecera” para los fines de la detección precoz del riesgo del suicidio, aludiendo a estudios que afirman que un 50 % de los sujetos que consumaron el acto suicida, comunicaron a su médico generalista y/o psiquiatra dichas intenciones, entendiéndose por ello de manera velada o incluso abiertamente, de ahí lo beneficioso de una formación en esta materia de la prevención suicida.

El estudio tiene como principal objeto tomar conocimiento de aquellos posibles factores de riesgo presentes en la muestra, siendo por tanto un estudio retrospectivo de tipo epidemiológico.

De la totalidad de suicidios acaecidos en la provincia de Badajoz entre los años 1990 y 1995, es decir 290 casos, el **37,93% fueron protagonizados por mayores de 65 años**, lo que se traduce en la cifra de 110. Como resulta evidente es una cifra nada desdeñable ni residual del total. Del referido montante, **92 corresponden a casos representados por varones (83,6%)**, y los 18 restantes a mujeres (16,4%). Esta abultada preponderancia del género masculino es una tónica constante en toda la bibliográfica científica consultada, así como en todos los datos estadístico en los que se sustenta este trabajo.

⁸ Tasas de mortalidad por 100.000 personas/año.

Este predominio del suicidio masculino, se ha buscado justificar en diversos componentes propios del hombre: **la impulsividad** masculina parece guardar estrecha relación con el uso de métodos de mayor contundencia, lo cual coadyuva a asegurar el resultado mortal. En cambio las mujeres, mayoritariamente muestran menos reparo a exteriorizar una actitud de demanda de ayuda, lo que topados con un sistema de salud pública bien engranado, eleva exponencialmente la prevención del suicidio.

Continuando con el estudio realizado por el Dr. Casado Blanco en la provincia de Badajoz, y entrando en la cuestión sobre los mecanismos de producción de la muerte utilizados, existe una clara predilección por el uso del **ahorcamiento**, siendo el elegido en el **59%** de los casos.

Para finalizar, resaltamos el aspecto de mayor interés que a nuestro juicio puede aportar un estudio sobre el suicidio; la detección de aquellos factores predisponentes que sirvieron de estímulo para el acometimiento del acto suicida. El grupo de mayor cota (36,6 %) resultaron ser las patologías psiquiátricas, siendo dentro los **cuadros depresivos** los de mayor repetición.

En línea con lo anterior, la trascendencia que alcanza la depresión como trastorno de la esfera mental íntimamente relacionado con la depresión, hace que durante la etapa de la vejez dos de cada tres suicidios estén relacionados con ella (VELÁSQUEZ 2013).

Esta condición de la depresión ha sido estudiada y datada recientemente en un estudio publicado en el año 2019. Este se desarrollo en el Servicio de Urgencias e Interconsulta de Psiquiatría del Hospital Clínico de Santiago de Compostela, logrando acreditar que “la depresión, es uno de los factores de riesgo más importantes en las tentativas de suicidio y en el suicidio” (SORIANO *et al.* 2019, p. 92). La preponderancia de la depresión ha impelido a que en instrumentos supranacionales tales como el Plan Europeo para la prevención del Suicidio, citado por SANCHEZ (2013) se apueste por “el seguimiento estrecho de las depresiones” lo que revertiría positivamente en una prevención de hasta el 30% de los intentos de suicidio.

2.2. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SUICIDIO EN ANCIANOS

En la etiología del suicidio es posible la identificación de una serie de factores que en su conjunto actúan de forma sinérgica predisponiendo al sujeto a cometer el acto autolesivo. Dadas las particularidades de la vejez, en esta etapa evolutiva se pueden diferenciar factores de riesgo específicos no presentes en otras etapas de la vida como en la adolescencia.

La diferenciación de los estilos de vida de un adolescente o adulto, en comparación con un anciano, hacen que se puedan resaltar los siguientes ambientes en los que un anciano ha de desarrollar su cotidianidad (GARCÍA-HARO, GARCÍA-PASCUAL y GONZÁLEZ, 2017): la viudedad, la proximidad de la muerte, la soledad y aislamiento, **la jubilación**, los cambios de residencia, la pérdida de rol o autonomía, la sensación de ser una carga para los demás. Además, mención especial merecen los problemas derivados del menoscabo de la salud, como la pérdida de calidad de vida o las enfermedades terminales o que cursan con dolor crónico.

Continuando con los rasgos propios de la conducta suicida en personas ancianas, PEREZ BARRERO (2012) sostiene los siguientes: los **intentos suicidas** protagonizados por ancianos **son menores** en comparación con los actos suicidas consumados; por cada anciano que se suicida, cuatro lo han intentado. Esta proporción en adolescentes crece en uno cada doscientos, y en la población en general entre quince y veinte veces. Los métodos utilizados para ocasionar la muerte por parte de los hombres ancianos son de mayor letalidad (ahorcamiento, uso de armas de fuego o precipitación). El anciano expresa menos señales de aviso que alarmen a las personas que le rodean. Sus actos suicidas son de mayor meditación y por tanto preparación, lo que aseguran la consumación. E incluso, pueden adoptar formas de suicidio pasivo como el cese de la ingesta de alimento.

En un reciente estudio (MONTES DE OCA y RODRÍGUEZ MEDINA 2019) se ha procedido a realizar una revisión de una muestra de nueve de artículos académicos publicados en países hispanoamericanos, en el período comprendido entre los años 2000 y 2018, entre los cuales se encuentra España. Todo ello con el fin de identificar los diversos factores de riesgo y protección presentes en la conducta suicida de los ancianos. Tanto los factores de riesgo, como los factores de protección detectados fueron agrupados bajo los criterios del **modelo biopsicosocial**: componente biológico, componente psicológico y componente social.

Entre los **factores de riesgo** de componente **biológico**, se destacan; los antecedentes familiares suicidas, las demencias, las discapacidades, las enfermedades crónico-degenerativas y las incapacidades. De componentes **psicológico**; los conflictos familiares, los eventos traumáticos, los sentimientos de desesperanza e incompreensión, el sexo masculino, la edad avanzada y los trastornos del estado de ánimo. Y de componente **social**; el abandono y aislamiento, baja escolaridad, bajos ingresos, la jubilación y los malos tratos por abandono, negligencia, abuso o violencia.

Entre los **factores de protección** de componente **biológico**, se relacionan; la actividad física, la buena alimentación, la higiene o la potencialización de capacidades. De componente **psicológico**; la autoestima, el bienestar social, la adaptación a los cambios, la planificación de un segundo proyecto de vida o el soporte emocional. De componente **social**; actividades recreativas, apoyo familiar, interacción grupal o redes de apoyo.

En la forma en la que estos factores interactúan entre si encontramos la génesis de la conducta suicida. Este es un proceso evolutivo, que en según cada individuo se desarrolla en un lapso de tiempo concreto, pero del que se pueden distinguir hasta **tres (3) etapas**: 1ª. Surgimiento de la idea; 2ª. Lucha ante las ideas constructivas – destructivas; 3ª. Decisión ante la idea. Las tres en su conjunto llevan el nombre de **SÍNDROME PRESUICIDAL** (ANDRADE, LOZANO, RODRÍGUEZ y CAMPOS 2016).

Tomando como punto de partida los factores arriba enumerados desde un punto de vista biopsicosocial, es el **modelo** explicativo del suicidio denominado **estrés – diátesis** (ANDRADE *et al.* 2016), el que da respuesta a como estos factores se interrelacionan entre si.

Este modelo niega que el suicidio tenga una base psicopatológica única o determinada. Por el contrario, se le da mayor protagonismo a la dimensión psicológica. El modelo permite explicar la conducta suicida a través de escenarios de vulnerabilidad. La **diátesis** o **vulnerabilidad** es entendida como el grado de predisposición que tiene un individuo a percibir ciertos eventos de la vida, y a la capacidad para resolver los problemas que se plantean, mediante los recursos cognitivos con los que cuente. Estos eventos pueden ser situaciones psicosociales tales como ser víctima de abandono, afrontar la viudez, padecer una enfermedad crónica o dolorosa, trastornos mentales entre los que destacaría la depresión, así como la soledad e inactividad. A todo ello, habría que sumar el otro lado de la balanza, el **estrés** que actuaría como **factor desencadenante** de la conducta autodestructiva.

Por tanto, serían las características particulares del individuo en cuestión las que determinarían la reacción concreta de actuar ante los estímulos del medio ambiente. Las alteraciones psicológicas conducentes a la autolisis serían el resultado de estresores ambientales y predisposiciones o vulnerabilidades (*diátesis*).

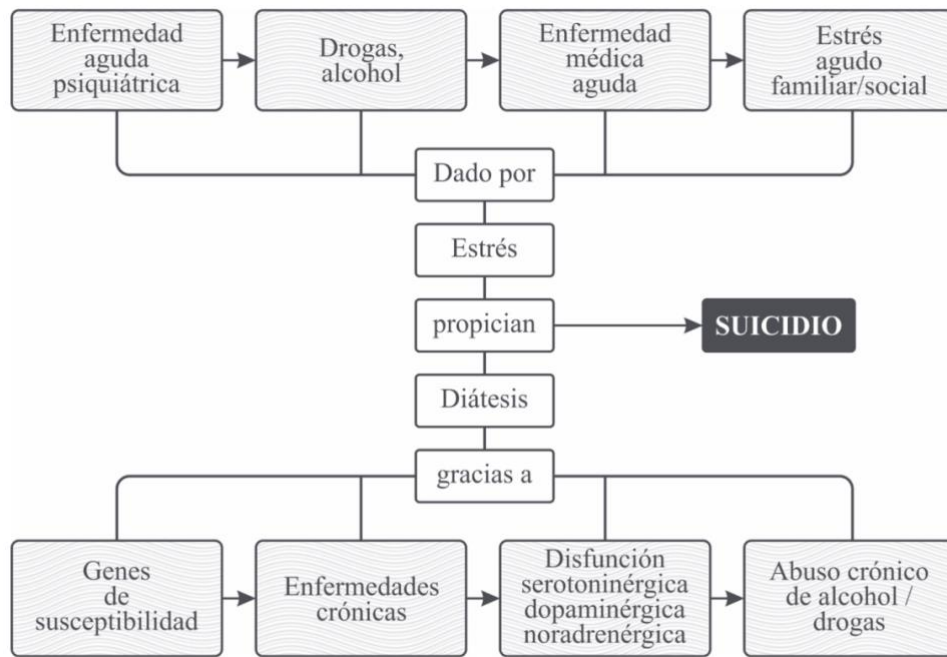


Figura 1. Esquema del modelo estrés diátesis de la conducta suicida (ANDRADE *et al.* 2016)

Vista la importancia que la detección de los factores de riesgo tiene durante las etapas de la senectud, y dado que el mismo es prevenible mediante intervenciones oportunas (OMS 2019), PERÉZ BARRERO (2012, p. 2016) propone una escala numérica para su aplicación práctica en la prevención del suicidio. Este se ha de entender como un fenómeno multifactorial y complejo, que demanda una intervención integral, cuyos principales actores públicos o privados a actuar, deben de contar con herramientas de sencilla aplicación.

Item	Puntuación
1. Actitud poco cooperadora del anciano en la entrevista	2 puntos
2. Padecer una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados	2 puntos
3. Padecer una enfermedad mental	3 puntos
4. Tener antecedentes personales de intento suicida	3 puntos
5. Poseer antecedentes familiares de conducta suicida	1 punto
6. El anciano vive solo	2 puntos
7. Expresar deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros y tener el sentimiento de no hacer falta a otros	4 puntos
8. Manifestar ideas o plan suicida	5 puntos
9. Manifestar cambios de conducta en forma de aislamiento, agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución	3 puntos
10. Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil, que es perder el tiempo, a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista.	5 puntos

Figura 2. Factores asociados al suicidio de ancianos (PÉREZ BARRERO, 2012)

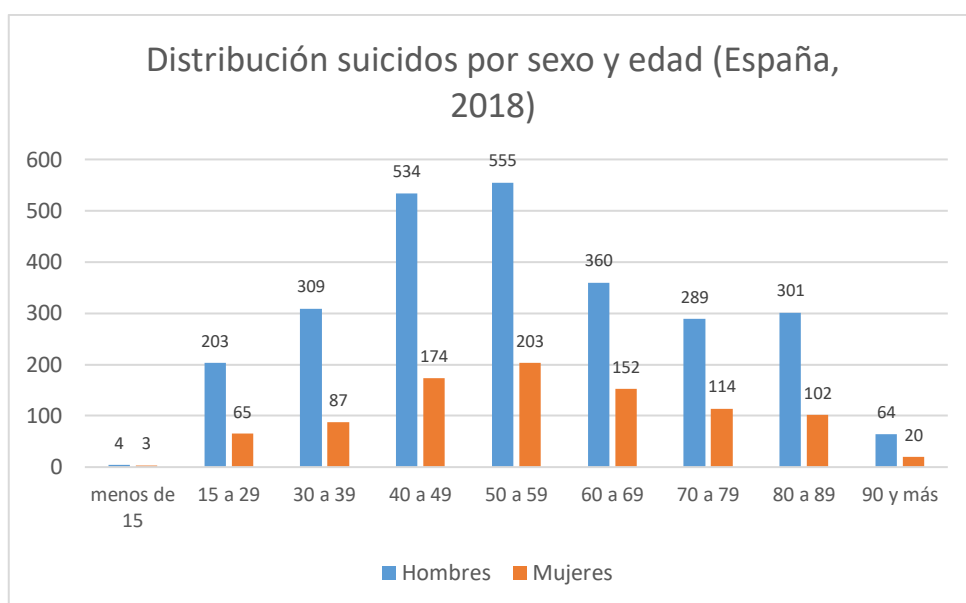
La obtención de una calificación mayor a nueve (9) puntos, recomienda que el anciano sea remitido a una unidad de salud mental, para un análisis más específico y profuso por personal especializado.

2.3. Distribución del suicidio en España por sexo y edad

Fruto del menor interés que en épocas pasada tenía la conducta suicida, la **Fundación Española para la Prevención del Suicidio**, a través de su **Observatorio del Suicidio**, optó por iniciar la tarea de analizar y monitorizar anualmente este fenómeno basándose en los datos del INE, realizando una tarea de divulgación científica sobre su casuística y formas de prevención.

En España, las cifras del suicidio en 2018 mejoraron muy levemente respecto a 2017, realizando la conducta suicida 140 personas menos, descendiendo hasta la cifra de 3.539 suicidios, o lo que sería lo mismo, un suicidio cada 2,5 horas. Realizando una mirada retrospectiva, para encontrar cifras similares habría que retrotraerse hasta 2012, habiéndose situado el pico desde que se conservan cifras en 2014, con 3.910 fallecimientos por suicidios.

De este montante total registrado en 2018, la cifra de 2.619 (74,00 %) se corresponde con los hombres que consumaron el acto suicida y de 920 con las mujeres (26,00 %).



Gráfica 1. Distribución de suicidios en España por sexo y edad. Fuente INE (2019)

En términos de números absolutos la mayor cifra de suicidios se produce en la franja de edad comprendida entre los 40 y 59 años, representando el 41 % de las muertes totales (1.464). Sin embargo, la OMS (2014) apunta que “las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo”. Este dato resulta de plena aplicación en el escenario nacional, siendo la tasa de suicidio mayor en cuanto a más edad, muy especialmente en varones, al alcanzar el máximo los hombres de más de 79 años, que protagonizan 34,61 suicidios por cada 100.000 habitantes. Dicho máximo en cuanto a las mujeres resulta de idéntica distribución, siendo el máximo 6,71 suicidios cada 100.000 habitantes en las mujeres mayores de 79 años.

2.4. Tratamiento del suicidio en medios de comunicación

Entre unos de los falsos míticos que siempre han rodeado al suicidio se haya que los medios de comunicación no pueden fomentar la prevención del suicidio, pudiéndose observar como estos han sido noticiables desde la vertiente sensacionalista del suceso dramático (PÉREZ BARRERO 2005).

La propia OMS (2000) fijó la importancia de los medios de comunicación en la labor preventiva frente al suicidio, para lo cual elaboró el documento *Prevención del Suicidio. Un Instrumento para los profesionales de los medios de comunicación*. El efecto negativo que, una mala gestión de la información publicitada entorno al suicidio de una persona famosa o celebridad, ha sido objeto de riguroso estudio, denominándose el aumento en las cifras de suicidios posteriores de la población general, “**efecto Werther**”.

Una de las primeras referencias al “*efecto Werther*” y los medios de comunicación, en este caso los literarios, data de 1.774 cuando fue publicada la novela “*Leiden des jungen Werther*” (Las penas del Joven Werther). El protagonista, tras un desengaño amoroso se quitaba la vida mediante un disparo de arma de fuego. Posteriormente se registro un aumento en las cifras de suicidios en varones jóvenes mediante idéntico método.

Expuesta ya la importancia de una comunicación responsable y acertada, la OMS hace énfasis en ciertas practicas que debieran ser seguidas por los medios de comunicación social, estas se enmarcar en el programa SUPRE (Suicide Prevention) de la OMS, iniciado en 1999, tales como: presentar la conducta suicida evitando exageraciones, así como fotografías de la víctima o

detalles del medio empleado o forma de adquisición, en especial cuando se trata de sustancias tóxicas, en definitiva huyendo de la morbosidad. En caso de abordarse las causas que han llevado a tal fatal desenlace, se ha de evitar las teorías explicativas simplistas, debido a que el suicidio es el resultado de una multitud de variables, en un contexto particular y con la aparición de ciertos estresores concretos. Siendo beneficioso presentarlo de tal manera.

Más importante aún es evitar que a la persona suicida se le represente, en el caso de las celebridades, como merecedora de adulación pública. Sería útil en términos de prevención, focalizarse en lamentar la pérdida humana, así como el sufrimiento psicológico dejado en los sobrevivientes.

En línea con lo anterior, cuando sea objeto de planteamiento la temática desde una perspectiva general del suicidio, más allá de aquellos casos particulares noticiables, o en unión a ellos, la OMS entiende como sumamente recomendable que se aporten los recursos o líneas telefónicas que la ciudadanía tiene a su alcance para proveer de ayuda asistencial en momentos de crisis. Además, se aconseja la descripción de las secuelas físicas que los intentos de suicidios dejan, tales como daños cerebrales o parálisis, a fin de que actúen como medio de disuasión.

Pero también ha sido objeto de estudio la influencia positiva que se puede conseguir a través de una comunicación en medios sociales comprometida con las recomendaciones arriba expuesta, siendo esta conocida como el “*efecto Papageno*”⁹. HERRERA, URES y MARTÍNEZ (2015) manifiestan que “el cubrimiento responsable, siguiendo unas pautas establecidas, puede tener un efecto preventivo sobre la conducta suicida”. Sin embargo, estos autores, tras haber analizado en el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2011 al 30 de septiembre de 2012 un total de 148 noticias en los tres periódicos de mayor tirada nacional [El País, El Mundo y ABC], así como en los dos de mayor difusión en Asturias [El Comercio de Asturias y La Nueva España], concluyeron que la amplia mayoría de las noticias de temática suicida no se ajustaban a las recomendaciones de la OMS, en relación con el programa SUPRE.

⁹ Personaje principal en “La flauta mágica” de Wolfgang Amadeus Mozart. Este fue convencido por tres niños para que desechase de la idea de suicidarse, mostrándoles otras virtudes de la vida.

En el año 2018, de acuerdo con estas políticas informativas, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana lanzo la campaña publicitaria “Rompamos el silencio, hablamos del suicidio”. Esta campaña resulto ser una novedad en el estado español, al ser promovida en exclusividad por una entidad pública. El objetivo principal de dicha campaña era visibilizar el calado real del problema suicida entre el conjunto de la sociedad, con el propósito de que esta tomara conciencia. Además, la campaña iba específicamente dirigida a dos de los principales grupos vulnerables presentes en la sociedad actual; los **jóvenes** y los **mayores de 65 años**.

En la campaña se realiza una aproximación al fenómeno suicida desde un tono desenfadado ([Anexo D](#)), que invita a emprender el dialogo sobre este problema de salud pública entre los ciudadanos de a pie.

Desde la perspectiva de la eficacia y el cambio de estrategia comunicativa, la campaña lanzada por la Generalitat Valenciana ha sido objeto de estudio, concluyéndose lo acertado de la misma (FANJUL, GONZÁLEZ y SANTO 2020) por tres logros básicos: visibilizar el problema, sensibilizar a la población y aportar una estrategia para afrontarlo, es decir, el dialogo. Superando de tal forma el tabú que se encontraba instalado en la esfera del suicidio. En dicho análisis se apela a la importancia de que el problema de salud pública sea informado por una institución pública, lo que aporta mayor repercusión. Lo positivo de la medida ha quedado contrastado a través de las campañas de prevención en seguridad vial¹⁰.

3. Hipótesis inicial, objetivo y metodología aplicada

Tal y como se ha expuesto, la provincia de Alicante cuenta con un importante grueso de población extranjera concerniente a la muestra objeto de estudio; países de Europa central y norte que residen en España. Entre dicho segmento poblacional, la tasa suicida de aquellos mayores de 65 años es el objeto de análisis de este estudio, a fin de verificar si la misma se encuentra por debajo de la tasa de suicidios de los mayores de 65 años de nacionalidad española, en consonancia con la misma o por encima de esta.

¹⁰ Desde el año 2008 las muertes por suicidio superan en número a las de origen en accidente de seguridad vial, en tanto en cuanto, a principios de la década de los 90, los accidentes de tráfico duplicaban a los suicidios.

Con ello se pretende objetivar si esta fracción de la población requiere o no de unas acciones preventivas específicas más concretas y personalizadas, en aras a reducir la tasa de suicidio arrojada hasta el momento por dichos ciudadanos europeos.

Para adecuar el trabajo a unos criterios rigurosos, se ha acudido al documento elaborado por la OMS: ***Indicadores de Salud. Aspectos Conceptuales y Operativos***. En este documento de libre acceso a través del portal web de la Organización Panamericana de la Salud (Oficina regional para las Américas de la OMS) se instruye entre otras materias, sobre el método adecuado a utilizar para los propósitos de este trabajo, principalmente en su epígrafe 2.4 *Criterios prácticos para la formulación de indicadores de salud*, y especialmente en el 2.4.2. *Comparación de indicadores de salud de diferentes grupos de población*.

En base a dichas indicaciones se ha seleccionado como “**período de referencia**” el **anual**, dado que, en la obtención de los datos necesarios para la elaboración de la comparación, estos ya son así disgregados en su mayoría por los organismos oficiales. Con ello se pretende de igual manera la obtención de una escala constituida por cuatro (4) años, lo que aportaría el posible estudio en la tendencia de los suicidios, bien sea al alza o la baja.

Respecto a la definición de los “**eventos**” objeto de conteo, la naturaleza de este trabajo hace que su determinación sea innecesaria, dado que estos son simplemente aquellos actos suicidas consumados, que se han certificado como tales a través de una autopsia judicial. Por el contrario, en otros estudios de indicadores de salud, esta tarea entraña mayor dificultad.

Finalmente, el “**denominador**” elegido está compuesto por la totalidad de los miembros que componen cada grupo etario objeto de observación en el período de referencia. Para el cálculo de la tasa de incidencia del suicidio, el denominador suele incluir a la población total. Sin embargo, la propia OMS recomienda excluir del denominador a los menores de cinco (5) años de edad, al entender que no pueden obrar en conciencia para suicidarse. En el presente estudio el denominador se verá acotado a los miembros de ambas muestras con la edad de 65 años cumplida o superior. En el caso de los mayores de 65 años extranjeros, las nacionalidades serán aquellas descritas al inicio de este trabajo: países del centro y norte de Europa miembros de la Unión Europea (**Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Países Bajos y Suecia**) además de **Noruega y Suiza** (miembros del espacio Schengen) y **Reino Unido**.

Para obtener el denominador correspondiente a la nacionalidad española, se ha acudido al **INE**. En su página web se hallan las principales series de población desde 1998, las cuales pueden ser objeto de filtrado con la combinación de los siguientes parámetros: población por provincias, edad (grupos quinquenales), españoles/extranjeros, sexo y año.

Por el contrario, para obtener el denominar correspondiente a cada nacionalidad que conforma la muestra, se ha de acudir al **Portal Estadístico de la Comunidad Valenciana**. En dicha web encontramos el Padrón Municipal Continuo desde el año 1999 (en la página del INE únicamente se encuentran publicados los datos del Padrón Continuo del último año, 2019). Un motor de búsqueda ofrece la posibilidad de consultar de una nacionalidad concreta, la población residente en un municipio, comarca o provincia en su totalidad, pudiendo disgregar los resultados según sexo y edad.

El **Padrón municipal** se trata de un registro administrativo, en el cual **toda persona residente en España está obligada a inscribirse** en el municipio que resida habitualmente. A tenor de la Ley 7/1984, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local y el Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales. Los ayuntamientos están obligados a remitir, a través de medios telemáticos, las variaciones mensuales que se vayan produciendo en los datos de sus Padrones municipales al INE.

Gracias a la existencia de esta base de datos se ha podido efectuar el análisis comparado con la debida analogía entre ambos denominadores; población nacional mayor de 65 años y población extranjera europea mayor de 65 años.

Continuando con la metodología empleada en la realización del trabajo, se hace constar que debido a la inexistencia en fuentes abiertas de información, de datos referentes a suicidios en adultos mayores de 65 años desde la óptica de su desglose por nacionalidades, en la provincia de Alicante. Y al suponer ello un impedimento para los propósitos de este trabajo, se solvento de la siguiente manera: mediante debida solicitud formalizada al Sr. Director del IMLCF de Alicante, Dr. D. Juan José Payo Barroso, vía correo electrónico (alml00_ali@gva.es), se obtuvo

atenta respuesta¹¹ mediante la remisión de cuatro (4) ficheros tipo Excel, coincidentes con los cuatro años (2016 – 2019) de los que constaba la publicación de las *Memorias de Actividades* del IMLCF de Alicante.

Estos ficheros informáticos, generados a través de extracción del aplicativo MELVA, contenían la totalidad de eventos suicidas registrados en la provincia de Alicante, haciendo mención a edad, nacionalidad, sexo y método empleado.

El **fichero informático MELVA** fue creado a tenor de la Orden 2/2011 de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, a fin de sistematizar con la debida rigurosidad los datos generados como consecuencia del quehacer diario en los IMLCF de **Alicante, Castellón de La Plana y Valencia**. Este fichero permite obtener las siguientes estadísticas: actuaciones por perito, episodios por rango de edad, episodios por sexo, episodios y secuelas por sexo, y solicitudes por órgano.

4. Datos epidemiológicos de suicidios en la provincia de Alicante en el período 2016 – 2020

4.1. INSTITUTO MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DE ALICANTE

Para poder hacer el debido acercamiento a la epidemiología suicida en la provincia de Alicante, recurriremos a una fuente de extrema fiabilidad como son las estadísticas médico-forenses plasmadas en las *Memorias de Actividades* del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF). Concretamente las correspondientes a la provincia de Alicante se encuentra publicadas en la página web oficial de la Conselleria de Justicia, Interior y Administración Pública de la Generalitat Valenciana, encontrando en dicho portal las *Memorias* correspondientes a los años 2016, 2017, 2018 y 2019. Estas constituirán la principal y más cercana fuente para acceder a la realidad suicida.

¹¹ Los datos referentes a los años 2017, 2018 y 2019, se obtuvieron el día 03 de agosto de 2020, en virtud de una segunda petición. Todo ello por el hecho de haberse publicado las *Memorias de Actividades* de dichos años en el portal web de la Generalitat Valenciana, durante la realización de este trabajo.

Los IMLCF son órganos técnicos concebidos para auxiliar a la administración de justicia en aquellas materias de la disciplina científica y técnica que tuvieran implicaciones legales. Estos permanecen adscritos al Ministerio de Justicia o en su caso a las Comunidades Autónomas con competencias transferidas, caso de la Comunidad Valenciana.

Concretamente el IMLCF de Alicante se constituyó en virtud del Decreto 124/1998, de 1 de septiembre, del Gobierno Valenciano. Esta norma fue objeto de modificación posterior a través del Decreto 146/2000, de 26 de septiembre, del Gobierno Valenciano, sobre constitución y regulación del Instituto de Medicina Legal de Alicante. En este marco jurídico, y bajo la observancia del art. 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el cual preceptúa la realización de la autopsia judicial por parte de Médicos forenses o aquellos designados por el Juez, en los sumarios referidos en el art. 340 [por causa de muerte violenta o sospechosa de criminalidad], aún cuando de la inspección exterior del cadáver pueda presumirse una causa de la muerte.

Las memorias elaboradas por el IMLCF de Alicante, concretamente por su Dirección en virtud del artículo 5 de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, resulta ser un documento de provechosa utilidad, no ciñéndose el mismo a una simple plasmación de datos estadísticos, si no que contienen de una forma detallada y descriptiva el amplio elenco de actividades desarrolladas por los profesionales que en el mismo realizan su actividad laboral, siempre al servicio de la administración de justicia. Para esta última, los informes elaborados por el IMLCF son de una importancia capital, pues despejan aquellas dudas de índole medico-legal, sin cuya clarificación las Autoridades Judiciales verían imposibilitadas, en no pocas ocasiones, la toma de decisiones acertadas.

Pero entre todos los datos aportados en las *Memorias de Actividades*, son de especial interés los datos referentes al **Servicio de Patología Forense**¹², y dentro de este la **Sección de Anatomía**. A esta la corresponde “realizar las autopsias de los cadáveres judicializados en la provincia de Alicante”. El número total de autopsias judiciales realizadas por los profesionales que componen dicha Sección asciende a las siguientes cifras expuestas en la tabla; siendo el

¹² Junto con el Servicio de Clínica Forense (subdividido en Sección de Policlínica y Especialidades, y la Sección de Psiquiatría), el Servicio de Patología Forense conforma el organigrama del IMLCF de Alicante.

último dato concerniente al año 2019 el máximo número de la serie histórica del IMLCF de Alicante.

Tabla 3. Autopsias judiciales practicadas por la Sección de Anatomía del IMLCF de Alicante

Año	2016	2017	2018	2019
Autopsias	1.073	1.210	1.208	1.216

Elaboración propia

Esta no es la única suma de reseñable magnitud, pues la existencia de una disparidad de nacionalidades correspondientes a los cadáveres objeto de autopsia, reafirma la alta heterogeneidad entre los países de origen de los residentes en Alicante. Analizando las *Memorias* correspondientes al año 2019, se distinguen un total de **37 nacionalidades**¹³, como resultaría ser esperable la **española (717)** es la más numerosa. Seguidamente se halla la **británica (140)**, en tercer lugar la **alemana (32)** y en cuarto lugar la **noruega (27)**, siendo inevitable que estos datos no recuerden a las primeras páginas de este trabajo, donde se ponía de relieve la predilección de la Costa Blanca por parte de jubilados europeos, gerontoinmigrantes. La labor investigadora se centraría entonces en discernir hasta que porcentaje dentro de dichas cifras se hallarían las autopsias de etiología suicida practicadas a finados de nacionalidades europeas mayores de 65 años.

A colación, en la siguiente tabla, del total de las 37 nacionalidades, se han extractado once (11) países europeos comunitarios y no comunitarios. Estos serían aquellos expuestos en el epígrafe 1.3. *Objetivos*, como conformantes de la muestra objeto de estudio junto a los nacionales españoles, de los que en base a los datos expuestos en la *Introducción*, o a tenor de los estudios referidos en esta, se tendría fidedigna constancia suelen ser países de origen de gerontoinmigrantes.

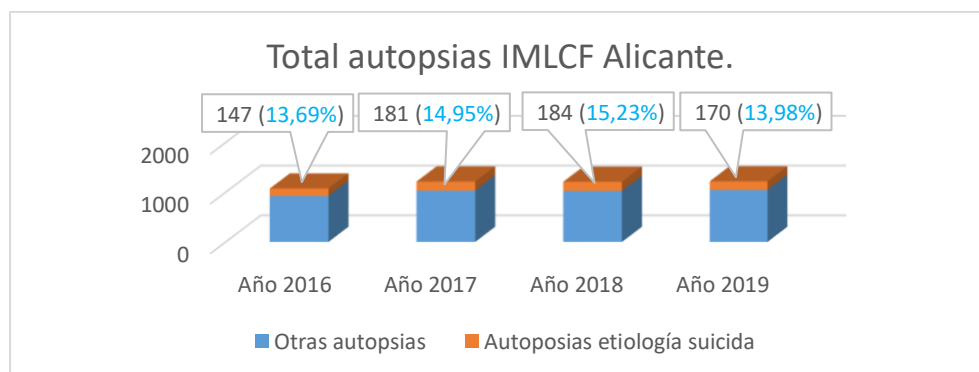
¹³ Se hace constar, el paradójico dato de la existencia de ciento veintinueve (129) autopsias realizadas de cuyo cadáver se desconocía la nacionalidad.

Tabla 4. Autopsias practicadas en el IMLCF de Alicante en la serie 2016 – 2019 por nacionalidades

Nacionalidad	2016		2017		2018		2019	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Española</i>	671	62,53 %	764	63,14%	682	56,45 %	717	58,96 %
<i>Británica</i>	119	26,00 %	134	24,29 %	141	23,50 %	140	23,35%
<i>Alemana</i>	51		52		45		32	
<i>Noruega</i>	27		20		0		27	
<i>Belga</i>	22		25		22		23	
<i>Francesa</i>	17		17		15		12	
<i>Holandesa</i>	16		18		24		21	
<i>Suiza</i>	10		6		11		6	
<i>Finlandesa</i>	6		4		5		5	
<i>Sueca</i>	6		10		10		5	
<i>Irlandesa</i>	5		7		9		12	
<i>Danesa</i>	0		1		2		1	
<i>Otras</i>	123	11,46 %	152	12,56 %	242	20,03 %	215	17,68 %
TOTALES	1073	100 %	1210	100 %	1208	100 %	1216	100 %

Elaboración propia

De la totalidad de prácticas tanatológicas realizadas por la Sección de Anatomía del IMLCF de Alicante, y expuestas en la tabla anterior, a continuación, se muestra el número de las mismas que corresponden a autopsias realizadas de etiología suicida.



Gráfica 2. Número de autopsias de etiología suicida practicadas en el IMLCF de Alicante¹⁴

¹⁴ Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las *Memorias de Actividades* de los años 2016 – 2019 del IMLCF de Alicante.

4.2. Estadísticas obtenidas a través de los datos del aplicativo MELVA

Obtenida respuesta del Sr. Director del IMLCF de Alicante, tal como se describe en el epígrafe 3.1, se procede a plasmar en la siguiente tabla los datos reportados respecto de los años 2016, 2017, 2018 y 2019. Estos se obtienen tras el debido filtrado y análisis del grueso de datos reportados, procediendo a mostrarse ya únicamente los eventos protagonizados por mayores de 65 años de las once (11) nacionalidades que conforman la muestra objeto de estudio, exceptuando la nacionalidad española.

Se ha de hacer constar, que en dicho proceso de filtrado y análisis se han debido de descartar el siguiente número de asientos, a pesar de tratarse de eventos de suicidio que atañen a mayores de 65 años, pero de los cuales no constaba nacionalidad alguna, siendo el total trece (13) asientos: uno, dos, seis y cuatro correspondientes a los años 2016, 2017, 2018 y 2019 respectivamente.

Tabla 5. Lista de suicidios mayores de 65 años extranjeros en provincia de Alicante, años 2016 a 2019¹⁵

Edad	Sexo	Nacionalidad	Etiología	Causa fundamental	Año
69	H	Alemana	Suicida	Diseción traumática de aorta torácica.	2016
74	H	Alemana	Suicida	Sofocación. Cabeza en bolsa de plástico.	2016
77	H	Alemana	Suicida	Asfixia por sumersión.	2016
75	H	Belga	Suicida	Precipitación.	2016
91	H	Británica	Suicida	Asfixia por deprivación.	2016
70	H	Francesa	Suicida	Herida por arma de fuego	2016
87	M	Holandesa	Suicida	Intoxicación Farmacológica.	2016
91	H	Sueca	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura.	2016
71	H	Alemana	Suicida	Herida por arma de fuego	2017
80	H	Alemana	Suicida	Sección arteria muñeca	2017
82	H	Alemana	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2017
75	M	Belga	Suicida	Asfixia por sumersión	2017
91	H	Belga	Suicida	Asfixia por sumersión	2017

¹⁵ Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del aplicativo MELVA del IMLCF de Alicante.

65	H	Británica	Suicida	Consumo de tóxicos.	2017
69	H	Británica	Suicida	Intoxicación por helio.	2017
89	H	Británica	Suicida	Asfixia por sumersión	2017
80	M	Francesa	Suicida	---	2017
80	H	Francesa	Suicida	Herida por arma de fuego	2017
81	M	Francesa	Suicida	Consumo de tóxicos.	2017
84	H	Suiza	Suicida	Precipitación.	2017
70	H	Alemana	Suicida	Intoxicación por monóxido de carbono	2018
71	H	Alemana	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
72	M	Alemana	Suicida	Herida por arma de fuego	2018
74	H	Alemana	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
76	H	Alemana	Suicida	Herida por arma de fuego	2018
78	H	Alemana	Suicida	Herida por arma de fuego	2018
89	H	Alemana	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
70	H	Belga	Suicida	Edema agudo de pulmón (resultados	2018
86	H	Británica	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
71	M	Británica	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
82	H	Británica	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
69	M	Finlandesa	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
72	H	Finlandesa	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
68	M	Francesa	Suicida	Asfixia por sumersión	2018
77	H	Francesa	Suicida	Herida por arma de fuego	2018
76	H	Irlandesa	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2018
71	H	Alemana	Suicida	Asfixia por sumersión.	2019
71	H	Alemana	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2019
73	M	Alemana	Suicida	Asfixia por sumersión.	2019
79	H	Alemana	Suicida	Herida por arma de fuego	2019
66	H	Belga	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2019
70	H	Belga	Suicida	---	2019
68	H	Británica	Suicida	Precipitación.	2019
74	M	Británica	Suicida	Intoxicación medicamentosa.	2019
74	M	Británica	Suicida	Asfixia por privación de oxígeno.	2019
78	M	Británica	Suicida	Asfixia por sumersión.	2019
78	H	Británica	Suicida	Asfixia mecánica por ahorcadura	2019
80	H	Británica	Suicida	Precipitación.	2019

83	M	Británica	Suicida	Precipitación.	2019
84	H	Británica	Suicida	Intoxicación por monóxido de carbono.	2019
88	H	Británica	Suicida	Precipitación.	2019
89	H	Británica	Suicida	Asfixia por sumersión.	2019
91	H	Británica	Suicida	Asfixia por sumersión.	2019
81	H	Francesa	Suicida	Precipitación.	2019
83	M	Holandesa	Suicida	Asfixia por sumersión.	2019
67	H	Suiza	Suicida	Herida por arma de fuego	2019

Elaboración propia

Pese a haber plasmado en la tabla precedente los eventos de interés respecto a la muestra objeto de estudio; los protagonizados por ciudadanos mayores de 65 años de los países europeos que componen la muestra. Estos no son los únicos suicidios que constan en la provincia de Alicante sobre estas nacionalidades europeas. Es decir, extranjeros del centro y norte de Europa menores de 65 años también han consumado el suicidio en la provincia de Alicante en el período 2016 a 2019. Realizado el sumatorio de todos los eventos suicidas, en términos de porcentaje, los mayores de 65 años representan el 57,22 % de las autopsias practicadas en estas nacionalidades, siendo el otro 42,78 % el representados por el resto de edades menores de 65 años.

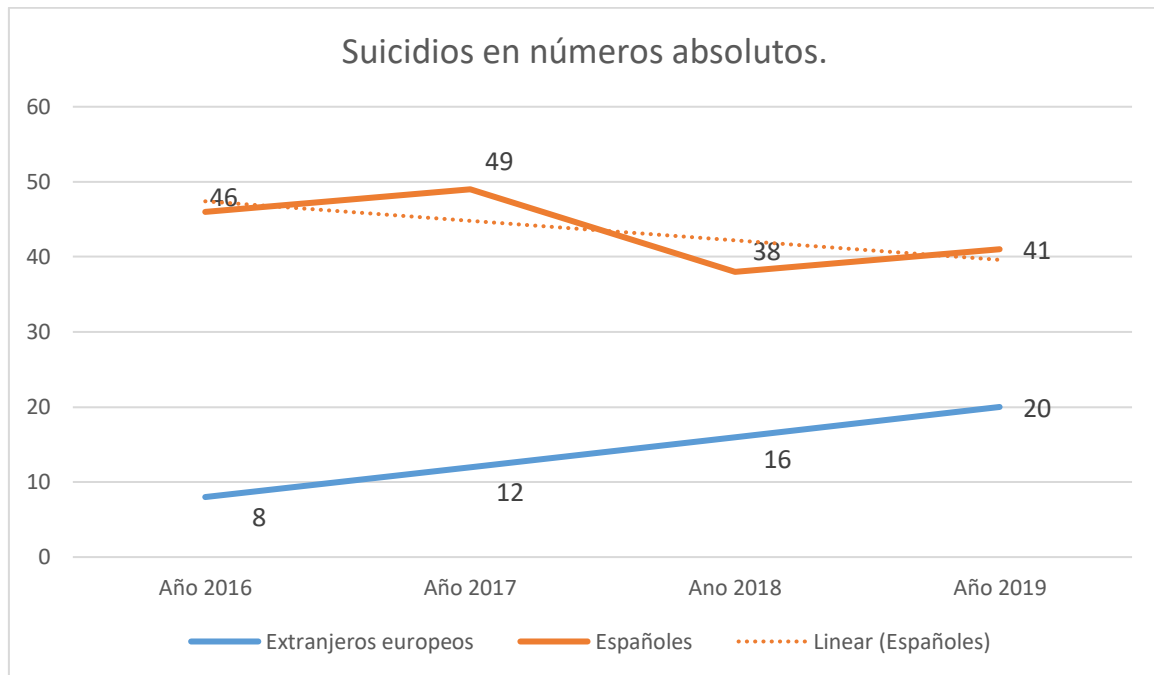
Procediendo ahora a exponer los porcentajes anteriores en clave anual para los mayores de 65 años, estos vendrían dados por el 47,05 % en **2016** (8 autopsias a mayores de 65 años frente a la totalidad de 17 autopsias a extranjeros del norte y centro de Europa); 60 % en **2017** (12 autopsias frente a la totalidad de 20); 55,17 % en **2018** (16 autopsias frente a la totalidad de 29); y 66,66 % en **2019** (20 autopsias en 2019 frente a la totalidad de 30)

Pese a no constituir los eventos en menores de 65 años fragmento de la muestra de estudio. Pero sin embargo, entenderse de interés al pertenecer a las nacionalidades de la muestra, se adjuntan en el Anexo B, de manera individualizada la totalidad de eventos referidos en este párrafo.

4.2.1. Suicidios según nacionalidades

En la siguiente gráfica se expone de un modo explícitamente visual el devenir de ambas muestras durante la serie de cuatro años objeto de estudio.

Mientras que los españoles mayores de 65 años han descrito una trayectoria desigual, pero desde el punto de vista general descendiente (tal y como marca la línea de tendencia), los suicidios en extranjeros mayores de 65 años han mostrado un alza progresivo y sostenido, doblando ya en número los eventos registrados en 2018 (16) a los correspondientes a 2016 (8).

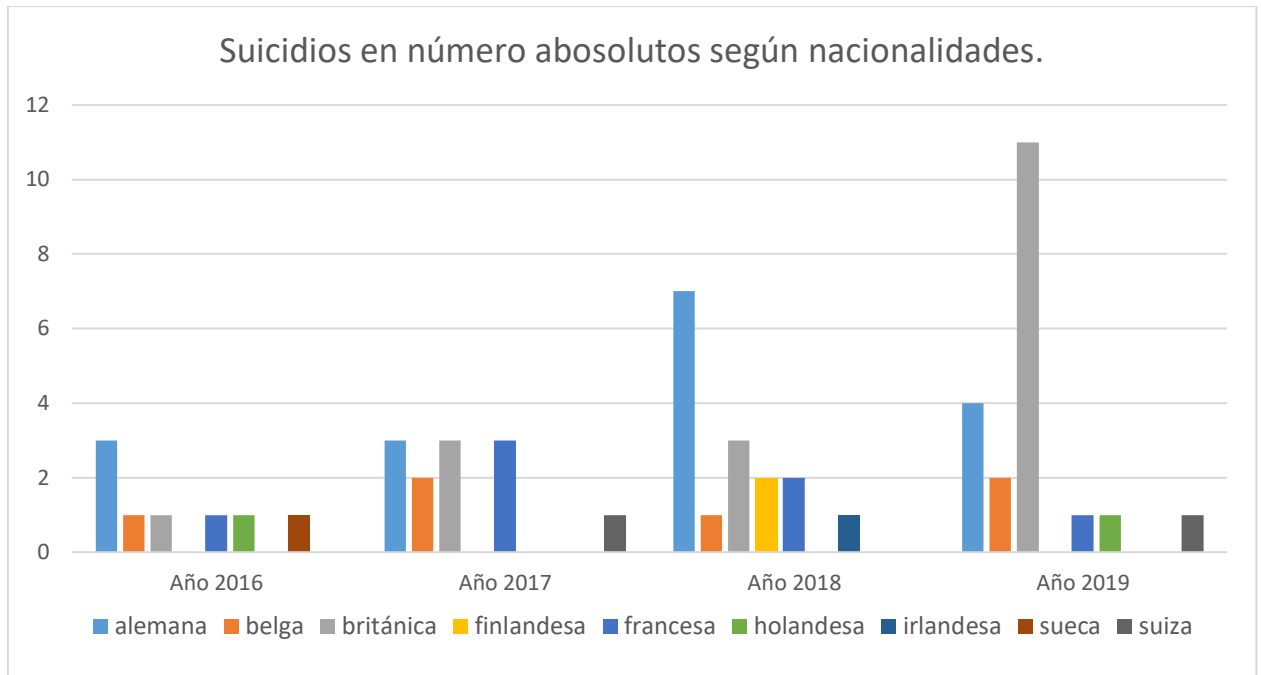


Gráfica 3. Suicidios por mayores de 65 años, Alicante (2016-2019)¹⁶

A resultados de obtener datos porcentuales y de tasas en el desarrollo de este trabajo, se puede afirmar con rotundidad como los suicidios en adultos mayores de 65 años extranjeros mantienen una **clara evolución a la alza**.

Focalizados en la muestra de extranjeros mayores de 65 años, en la siguiente gráfica se muestran las nacionalidades de los **56 eventos** suicidas que componen la muestra total durante los cuatros años de estudio.

¹⁶ Fuente: elaboración propia a partir de los datos del aplicativo MELVA, IMLCF Alicante.



Gráfica 4. Desglose de los suicidios de europeos jubilados mayores de 65 años, Alicante (2016-2017), desglosados por nacionalidades europeas¹⁷

Existen dos claras nacionalidades con mayor número de suicidios que el resto: **británica (18)** y **alemana (17)**, seguidamente hayamos la nacionalidad francesa (7), belga (6), holandesa (2), suiza (2), finlandesa (2), holandesa (1) y sueca (1). Por tanto, **únicamente dos nacionalidades acaparan el 62,5 % de los eventos registrados.**

Igualmente, se ha de significar la inexistencia de datos respecto de dos países que componen la muestra, es decir; Dinamarca y Noruega.

En el primer de los casos resulta comprensible, debido a que la población de ciudadanos daneses mayores de 65 años es meramente testimonial en la provincia de Alicante, aproximadamente 500 habitantes ([tabla 8](#)). Sin embargo, en el caso noruego es peculiarmente significativo.

La población noruega mayor de 65 años en la provincia de Alicante se sitúa entorno a los 2.700 individuos ([tabla 8](#)), prácticamente a la par que la francesa, de aproximadamente 2.800

¹⁷ Fuente: elaboración propia a partir de los datos del aplicativo MELVA, IMLCF Alicante.

personas ([tabla 8](#)). Por el contrario, 7 ciudadanos de nacionalidad francesa consumaron la ideación suicida durante el período de análisis, y ningún noruego.

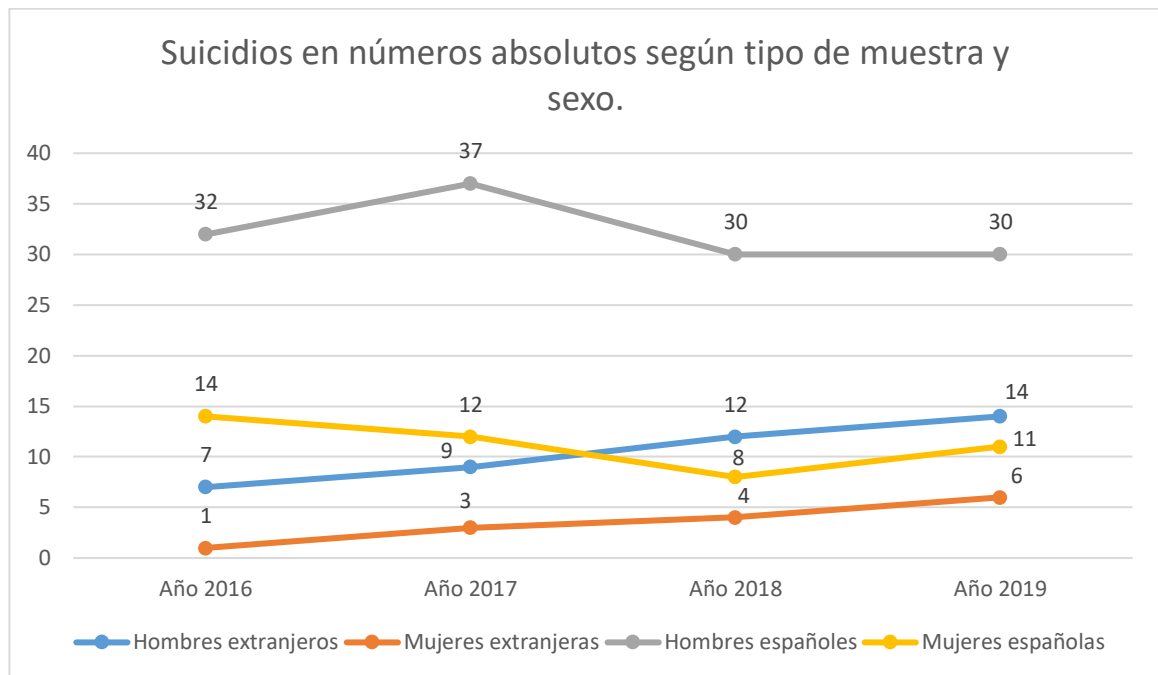
Analizando la carga de trabajo registrada en la Sección de Anatomía del IMLCF de Alicante respecto de todas las autopsias realizadas a nacionales franceses, de cualquier etiología, en el período de referencia formado por cuatro años, se obtiene la cifra de 61 eventos ([tabla 4](#)). Las mismas variables aplicadas a la nacionalidad noruega, arrojan la cifra de 74 eventos ([tabla 4](#)). Esto supone un dato que ahonda aún más en esta discrepancia, pues a un número similar de población mayor de 65 años en la provincia de Alicante, y registrando mayor número total de autopsias en el IMLCF de Alicante, atendiendo a la totalidad de las edades. Esta no cuenta con evento reseñable alguno en la muestra de estudio, y más allá de ello, ampliando al resto de edades, de las 74 autopsias realizadas a ciudadanos noruegos, únicamente una ha sido atribuida a etiología suicida: varón de 39 años, mediante el método de asfixia mecánica por ahorcadura en el año 2017.

Expuesta la distribución de suicidios según nacionalidades a lo largo de los cuatro años que conforman la muestra, cabe anotar que únicamente son cuatro (4) nacionalidades las que registran eventos en cada uno de los años, a saber: **Alemania, Bélgica, Francia y Reino Unido**. Esta relación resulta acorde a la proporción poblacional de estas nacionalidades respecto del resto que compone la muestra, salvo el caso de la francesa confrontada con la población de Países Bajos.

Como ya se ha apuntado en párrafo precedente, la población francesa mayor de 65 años ronda de media durante la serie los 2.800 habitantes. Por el contrario, la población holandesa alcanza de media los 5.900 individuos aproximadamente ([tabla 8](#)). Mientras que la primera [**francesa**] registra **7 eventos** en toda la serie, la segunda [**holandesa**] desciende a **2 eventos**.

En otro orden de cosas, es primordial señalar que fuera de la muestra objeto de estudio, no existe nacional de otro país del continente europeo, u otro continente, que registre suicidio alguno sobrepasada la edad de los 65 años en la provincia de Alicante. Esto tiene su importancia a la hora de implementar políticas con el objetivo de reducir la tasa de mortalidad para mayores de 65 años en la provincia de Alicante.

4.2.2. Suicidios según sexo



Gráfica 5. Suicidios por mayores de 65 años en Alicante (2016 – 2019) distribuidos por sexos y en ambas muestras de comparación¹⁸

En la gráfica se puede observar como en ambas muestras, tanto en individuos nacionales como en extranjeros europeos, el número de suicidios protagonizados por hombres es notablemente superior al protagonizado por mujeres, llegando al extremo de que, en el año 2016, el grupo mujeres extranjeras resulta ser meramente testimonial al registrar un único evento. Sin embargo, los años sucesivos están caracterizados por el aumento de casos, excepto el grupo mujeres españolas, que sufre un positivo descenso, para en el 2019 nuevamente aumentar.

En valores absolutos, el sumatorio de toda la serie para los **varones** arroja un resultado de **171 suicidios**, frente **59 suicidios** que representa el género **femenino**. Traspasadas dichas cifras a porcentaje, supone que los varones mayores de 65 años en la provincia de Alicante, se suicidan un 289,83 % más que las mujeres, o que por cada mujer mayor de 65 años que decide

¹⁸ Fuente: elaboración propia a partir de los datos del aplicativo MELVA, IMLCF Alicante.

quitarse la vida en la provincia de Alicante, llevan a cabo dicha acción 2,89 hombres. Prácticamente la cifra de tres varones por cada mujer.

Es tal la prevalencia del suicidio masculino sobre el femenino (SORIANO et al. 2019, p. 235), que en los años 2018 y 2019, tal y como se puede observar en la gráfica anterior, los suicidios protagonizados por varones extranjeros, superan en número a los registrados por las mujeres de nacionalidad española, todo ello a pesar de la diferencia poblacional ([tabla 8](#)).

4.2.3. Suicidios según método empleado

Para la exposición de los datos referentes al método utilizado por los mayores de 65 años en la provincia de Alicante, extraídos del aplicativo MELVA, se ha tomado la clasificación de las formas y mecanismos para autoinflingirse la muerte que el propio IMLCF de Alicante utiliza en sus *Memorias de Actividades* anuales. Si bien, para facilitar posteriormente su comparativa con los datos obtenidos del INE a nivel comunidad autónoma, a los mismos se les ha etiquetado conforme a la clasificación utilizada por este organismo, es decir la recogida en la *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición* (CIE-10), y que agrupa la mayor cantidad de métodos utilizados a nivel internacional con las claves alfanuméricas comprendidas entre X60 a X84.

Para la confección de la tabla se ha optado por traer a colación los datos obtenidos del aplicativo MELVA correspondientes a los dos últimos años. Con ello se obtiene una visión más amplia que la obtenida de un simple año. Además de entender necesario el remontarse a 2018, dado que es el último año del cual dispone datos el INE a nivel nacional y autonómico.

Tabla 6. Métodos de suicidio utilizados en Alicante (2018-2019)

2019										2018				
Procedimiento	Españoles		Extranjeros		Españoles		Extranjeros							
	H	M	H	M	H	M	H	M	TOTAL					
Ahorcamiento (X70)	4	5	3		10	1	7	2	32					

Arma blanca (X78)	2								2
Arma de fuego (X72 – X74)	2		2		1		3	1	9
Atropello ferroviario (X81)	1					1			2
Intoxicación por medicamentos (X64)	1	1		1	2				5
Intoxicación por monóxido de carbono (X67)			1				1		2
Intoxicación por otros tóxicos (X60 – X69)	3	3			2	2			10
Precipitación (X-80)	10	2	4	1	11	3			31
Sumersión (X-71)	3		3	3				1	10
Otros (X83 – X84)	4		1	1	4	1	1		12
TOTALES	30	11	14	6	30	8	12	4	115

De la totalidad de eventos (115) reseñados durante el bienio 2018-2019, el método mayoritariamente escogido por los suicidas mayores de 65 años residentes en Alicante, tanto extranjeros como nacionales, resulta ser la **ahorcadura** (32) y la **precipitación** (31). Sin embargo, se ha de apuntar que la práctica totalidad de los eventos catalogados en este trabajo como **otros** (12) figuran reseñados en el aplicativo MELVA como diversos tipos de *politraumatismos*, por lo que resulta esperable que parte de estos eventos también fueran con ocasión de saltos voluntarios a distinto nivel, y en tal caso, la **precipitación** fuera el método predilecto.

En la elaboración se han disgregado los datos no únicamente atendiendo al período anual, si no que dentro del mismo se pueden diferenciar tanto los empleados por la parte de la muestra correspondiente a personas extranjeras como a nacionales, así como diferenciación de sexos.

Así, en el año 2019, tantos los varones nacionales como extranjeros, fueron más propensos al empleo de la **precipitación** (10 y 4 eventos respectivamente). En las mujeres observamos

métodos distintos, siendo el más utilizados por las nacionales el **ahorcamiento** (5), y por las extranjeras (3) la **sumersión**.

Respecto al año 2018, se constata como la **precipitación** (11) vuelve a ser el método mayoritario entre los varones nacionales, pero prácticamente a la par que la **ahorcadura** (10). Precisamente este mecanismo de muerte es el más utilizado en 2018 por los varones extranjeros (7), no registrándose eventos por precipitación, a pesar de como hemos comprobado al siguiente año serían los mayoritarios. En cuanto a las mujeres, la **precipitación** (3) para las nacionales, y la **ahorcadura** (2) para las extranjeras son los métodos más repetidos de la escasa muestra que suponen el total de mujeres en 2019, únicamente doce (12) eventos, frente a los cuarenta y dos (42) de los varones.

Acudiendo ahora a la otra principal fuente de información de este trabajo, el INE, confrontamos los datos de la anterior tabla, con los obrantes en el INE en tiempo y entidad territorial más cercanos a la realidad estudiada: los métodos de suicidios empleados en la Comunidad Valenciana en el año 2018.

Seleccionados en el motor de búsqueda de la web del INE todos los métodos de suicidio recogidos (X60 a X84), para ambos sexos, y en la escala de edades que compone la muestra estudiada (mayores de 65 años), se obtiene lo siguiente.

Tabla 7. Métodos de suicidio por cada 1.000 hab. en la C. Valenciana (2018)

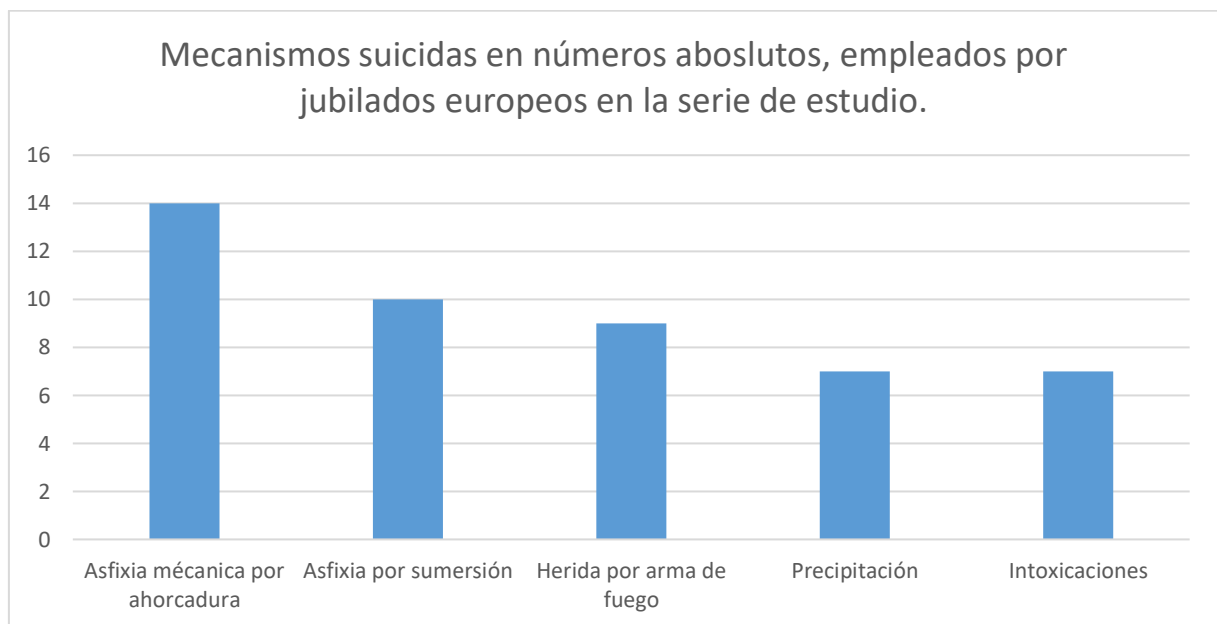
	65 -69 años	70–74 años	74–79 años	80–84 años	85–89 años	90–94 años	+de 95 años
1^{er} método	X-70 (31,93)	X-70 (29,95)	X-70 (21,47)	X-70 (31,65)	X-70 (23,17)	X-80 (7,91)	X-80 (1,41)
2^{do} método	X-80 (18,65)	X-80 (21,19)	X-80 (11,02)	X-80 (13,28)	X-80 (16,39)	X-70 (7,35)	

En la tabla, cuyas cifras vienen dadas en eventos por 1.000 suicidios, se puede advertir como el principal método de suicidio empleado en la Comunidad Valenciana lo constituye el **ahorcamiento** (X-70), si bien hasta la edad de los 89 años. En las dos últimas etapas de la vida

reseñadas por el INE, el que venía siendo el segundo método empleado, la **precipitación (X-80)**, se transforma en el primer método, siendo el segundo método para aquellos mayores de 95 años un empate entre envenenamientos (X-67, X-69), ahorcaduras (X-70), ahogamiento y sumersión (X-71), lesiones con objeto cortante (X-78), y otros medios no especificados (X-84), todos ellos con un resultado de 0,28 suicidios por cada 1.000.

Esta particularidad detectada a partir de las etapas finalizadas a los 89 años, y el inicio de las subsiguientes a los 90 años, pudiera deberse a la merma de la capacidad locomotora, lo que dificultaría la consumación del método suicida mediante la ahorcadura, principalmente en su variante de suspensión completa.

Centrados ya únicamente en la población extranjera, y ampliado el cribado a la totalidad de los cuatro años que componen la muestra obtenida del aplicativo MELVA (2016-2019), se procede a la plasmación en la siguiente tabla de los cinco métodos más utilizados por los extranjeros mayores de 65 años en Alicante.



Gráfica 6. Principales mecanismos suicidas en extranjeros europeos mayores de 65 años. Alicante (2016-2019)¹⁹

¹⁹ Fuente: elaboración propia a partir de los datos del aplicativo MELVA, IMLCF Alicante.

De la totalidad de cincuenta y seis (56) eventos que componen la muestra de extranjeros, cuarenta y siete (47) se encuentran representados en la gráfica. Como punto coincidente, encontramos analogía entre el primer método (**ahorcamiento**, X-70) utilizado a nivel Comunidad Valenciana por aquellos mayores de 65 años en el 2018, y el utilizado por la muestra de extranjeros representada en la tabla. Sin embargo, el segundo método preferente en la Comunidad Valenciana (**precipitación**, X-80), en la muestra se ve desplazado a cuarto lugar. La asfixia por **sumersión** (X-71) y las heridas autoinflingidas por **arma de fuego** (X72 – X74) copan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Por ende, y tras un ejercicio de extrapolación de resultados, podríamos constatar este punto divergente entre la fenomenología del suicidio en la totalidad de los mayores de 65 años en la Comunidad Valenciana, y el sector que supone dentro de este último los mayores de 65 años extranjeros europeos en la provincia de Alicante.

La necesidad de establecer una clasificación de los métodos suicidas mayoritariamente empleados es citada por la propia OMS, al indicar la importancia que adquirir tal conocimiento tiene en el momento de la elaboración de ulteriores estrategias de prevención, entre cuyas medidas siempre se debería de contemplar la restricción en la medida de lo posible a los métodos suicidas.

Finalmente, es factible observar sin lugar a dudas la propensión al uso de métodos más letales por parte de los ancianos (SORIANO *et al.* 2019), encontrando métodos tan mortíferos como el uso de armas de fuego; la precipitación; o la asfixia por sumersión.

4.3. Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

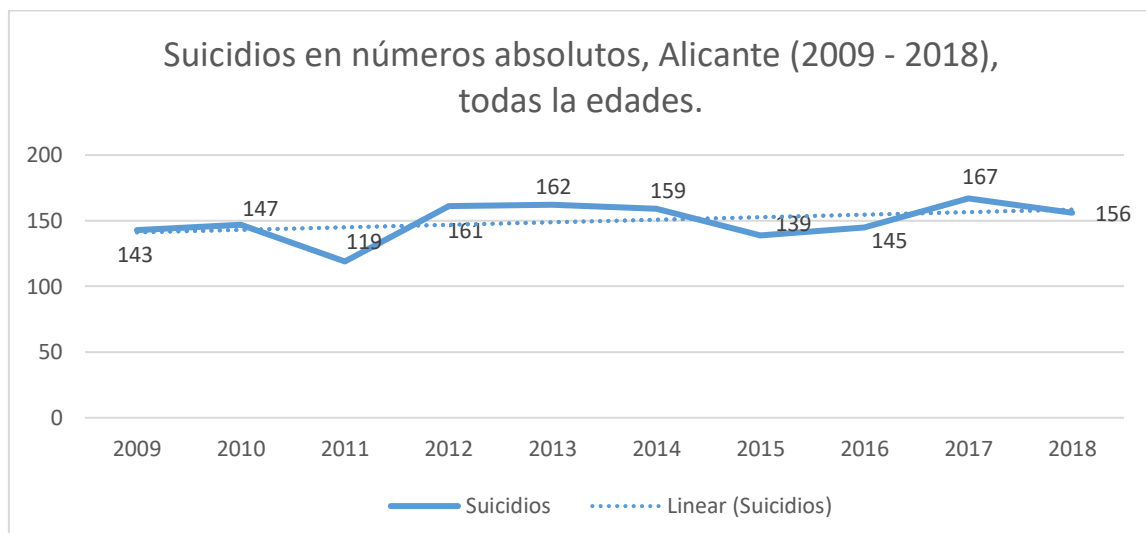
La otra gran fuente de información oficial que monitorea los suicidios que se producen a nivel nacional está constituida por el Instituto Nacional de Estadística. Este organismo confecciona estadísticas de defunciones según la causa de la muerte. Las fuentes de las que se nutre el INE para este cometido vienen dadas por el *Certificado Médico de Defunción* (CMD), el *Boletín Estadístico de Parto* (BEP) y el *Boletín Estadístico de Defunción Judicial* (BEDJ).

En el primero de ellos (CMD), se hacen constar todas aquellas muertes producidas por causas naturales, en las que no se requiere la intervención judicial, dado que la causa básica de la defunción es certificada por un médico colegiado. El segundo (BEP), tal y como indica su

nombre, aporta la estadística de fallecidos que no han alcanzado las 24 horas de vida. El último de ellos (BEDJ) es el que proporciona los datos con interés para este estudio. En el se plasman las estadísticas de aquellas muertes que requieren intervención judicial, dado que han acontecido en circunstancias no libres de indicios de violencia o sospechosas de criminalidad. Ello hace que en virtud del art. 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, aun presumiéndose por el examen exterior la causa de la muerte, se haga preceptiva la realización de autopsia judicial al cadáver.

Iniciado el protocolo judicial, la expedición de la *licencia de enterramiento*, documento expedido por el responsable del Registro Civil, y necesario para proceder a la inhumación o cremación del cadáver, se suspenderá hasta que según el criterio de la Autoridad Judicial lo permita el estado de las diligencias (artículo 83 de la Ley del Registro Civil). Esta situación se revertirá, tan pronto como por parte del IMLCF se informe a la Autoridad Judicial de la ausencia de indicios de criminalidad finalizada la práctica de la autopsia judicial.

Será dicho responsable del Registro Civil de cada sede judicial, quien a tenor de lo preceptuado en el artículo 20 del Reglamento que desarrolla la Ley del Registro Civil, tendrá la obligación de remitir al Instituto Nacional de Estadística los boletines de nacimientos, abortos, matrimonios, defunciones y demás hechos que deban ser objeto de tratamiento estadístico.



Gráfica 7. Evolución de los suicidios en la provincia de Alicante²⁰

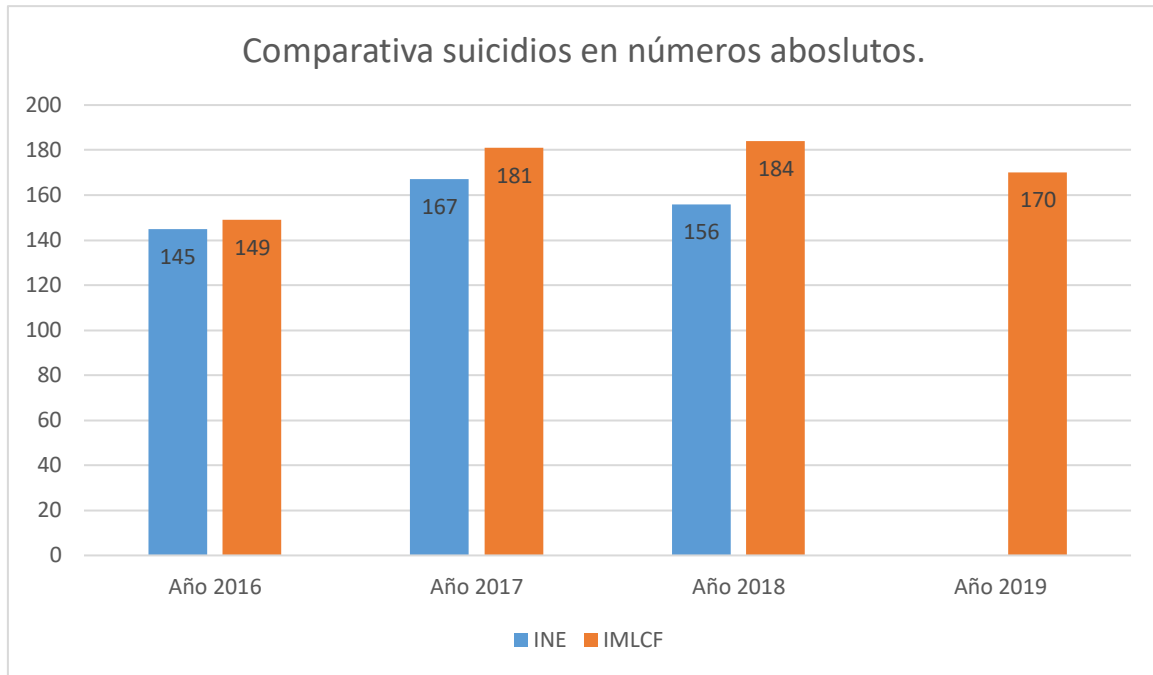
²⁰ Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

En la grafica precedente se puede observar los datos obrantes en el INE, respecto a defunciones totales de etiología suicida en la provincia de Alicante en la última década de la que se tienen datos, es decir, hasta el 2018. Dichos datos corresponden a la totalidad de edades, debido a que el motor de búsqueda con el que cuenta la web del INE solo permite descender al área geográfica “Comunidades y Ciudades Autónomas”, toda vez que se combina con el parámetro “edad”.

En los datos se puede observar una tendencia fluctuante, si bien ascendente en su conjunto según la línea de tendencia, situándose la **media anual de suicidios totales provinciales** en la **última década** en **149,8** suicidios. En dicha década encontramos el valor máximo en el año 2017 con 167 suicidios, y un acusado descenso en el año 2011 con 119 eventos reseñados.

4.4. Comparativa entre los datos del INE y del IMLCF de alicante

En la siguiente gráfica, estos datos serán objeto de contraposición con los obtenidos del aplicativo MELVA del IMLCF de Alicante, a fin de obtener de una manera visual cuan de abultado es el desfase entre los datos publicitados por el INE, y aquellos registrados en el seno del organismo encargado de practicar las autopsias judiciales.



Gráfica 8. Comparativa entre los datos del INE y el IMLCF de Alicante ²¹

Esta circunstancia no se encuentra carente de relevancia, dada la vital necesidad de obtener del fenómeno suicida una radiografía lo más cercana y veraz a su realidad. Todo ello con el fin de que las políticas preventivas aplicadas en base a estos datos estadísticos, puedan ser realmente eficaces y calen en aquellos estratos de la sociedad que más requieren de intervención, entre ellos los mayores de 65 años.

Esta problemática no ha pasado desapercibida entre los estudiosos del fenómeno suicida, siendo ya desde años objeto de disertación sobre posibles vías de solución. GINER y GUIJA (2014), citados por XIFRÓ *et al.* (2014), plantean el uso de un indicador denominado **número de suicidios identificados provisionales (NSPI)**. Este se correspondería con el mayor número registrado de suicidios, ya proviniese del INE o del IMLCF, debido a la creencia de que todo fallecimiento registrado como de génesis suicida, difícil o improbablemente no pudiera serlo. Sin embargo, XIFRÓ *et al.* (2014) insisten en lo desacertado de la deducción, dada la existencia de óbitos de difícil catalogación en función de las circunstancias en las que se produjeron; tales como las caídas accidentales y los suicidios por precipitación.

²¹ Fuente: elaboración propia a través de los datos del aplicativo MELVA del IMLCF de Alicante y el INE (**disponible hasta 2018**).

En la amplia mayoría de los casos, **el INE realiza una infraestimación de los datos** en comparación con los IMLCF. Se ha de tener en cuenta que mientras el primer organismo mide los fallecimientos de residentes en España según su provincia de residencia, el segundo contabiliza todos aquellos fallecimientos judicializados en su provincia de actuación, indistintamente la nacionalidad o lugar de residencia.

El asunto no constituye un tema baladí, debido a que en ocasiones las discrepancias llegan al punto de marcar tendencias opuestas (ascendente vs. descendente) en la incidencia del suicidio, lo que trasladado a la toma de decisiones político-preventivas sobre un problema de salud pública tal, tendría una consecuencia negativa.

Tomada conciencia por parte de la administración pública de la necesidad de revertir esta situación, debido principalmente a la utilidad que en política social y sanitaria tienen unos datos estadísticos de calidad sobre defunciones. En el año 2015, en el seno del Consejo Médico Forense (CMF), órgano técnico del Ministerio de Justicia que le presta asesoramiento técnico en materia de medicina forense, se creó un Grupo de Trabajo conjunto con el INE. La finalidad perseguida era la integración de los datos de los IMLCF en la estadística sobre DIJ elaborada por el INE.

Ya en el año 2019, el INE culminó el desarrollo de una aplicación vía web²², en la que mediante una tarjeta de identificación criptográfica, los IMLCF informarían únicamente de la causa médica de defunción. Si la implementación de la herramienta discurriera conforme a los parámetros de calidad proyectados, en el año 2021 los IMLCF relevarían a los juzgados como fuente de información sobre la etiología de los fallecimientos judicializados, eliminándose de plano los desfases con los que se cuenta en la actualidad y que se han objetivado también en el presente trabajo.

4.5. Extracción de tasas de suicidio en la muestra de estudio

Habida cuenta de la metodología correcta a emplear para la comparativa de tasas de mortalidad entre distintas poblaciones, recogida sucintamente en el epígrafe 3 de este

²² <https://servicios.internet.ine.es/iml-web/>

trabajo, y extraídas de documento al efecto elaborado por la Oficina Regional para las Américas de la OMS, en el presente apartado se procede a la recopilación de los datos necesarios para el cálculo de tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes en las poblaciones objeto de estudio.

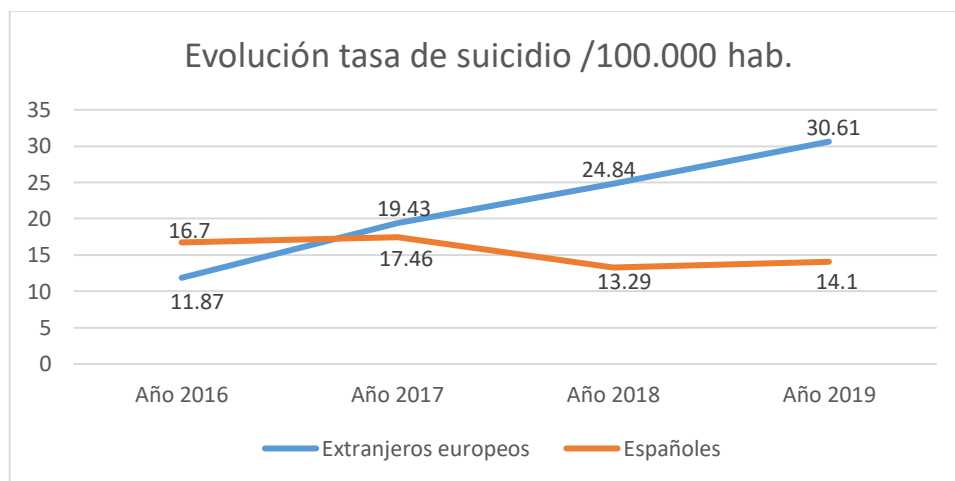
Tabla 8. Población mayor de 65 años en ambas muestras objeto de estudio²³

NACIONALIDAD	Población en la provincia de Alicante.			
	2016	2017	2018	2019
Española	275.398	280.583	285.861	290.759
Británica	37.923	35.265	36.350	36.808
Alemana	8.589	7.099	7.209	6.959
Holandesa	5.966	5.662	5.936	6.011
Belga	3.128	3.311	3.673	4.038
Noruega	3.073	2.323	2.674	2.737
Francesa	2.769	2.734	2.945	3.088
Suiza	2.211	2.097	2.127	2.082
Sueca	1.681	1.499	1.662	1.775
Irlandesa	933	759	812	844
Finlandesa	556	512	526	516
Danesa	523	483	495	470
Total europeas	67.352	61.744	64.409	65.328

²³ Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana.

Tabla 9. Tasas de suicidios por cada 100.000 hab. en ambas muestras objeto de estudio²⁴

Año	Tipo de muestra	Denominador	Eventos	Tasa / 100.000 hab.
2016	Española	275.398	46	16,70
	Extranjeros europeos	67.352	8	11,87
2017	Española	280.583	49	17,46
	Extranjeros europeos	61.744	12	19,43
2018	Española	285.861	38	13,29
	Extranjeros europeos	64.409	16	24,84
2019	Española	290.759	41	14,10
	Extranjeros europeos	65.328	20	30,61



Gráfica 9. Evolución anual de las tasas de suicidio de ambas muestras²⁵

²⁴ Fuentes: elaboración propia a partir de los datos del aplicativo MELVA del IMLCF de Alicante y la *Tabla 10*.

²⁵ Fuentes: elaboración propia a partir de los datos de la *Tabla 11*.

Extraídas las tasas de suicidios de la tabla precedente, en la serie de cuatro años que compone el período de estudio, rápidamente se puede observar el incremento constante y sostenido en la tasa de suicidio de los extranjeros europeos mayores de 65 años que componen la muestra. Por el contrario, la parte de la muestra que atañe al sector nacional de la población mayor de 65 años ha experimentado un descenso en su conjunto, siendo reseñable un mínimo aumento el último año, 2019. Tal es así que, en el 2019, la tasa de suicidio en extranjeros europeos mayores de 65 años, duplica a la de los nacionales. Por el contrario, en el año 2016, la situación era inversa, encontrándose las tasas distanciadas en una cifra notablemente más reducida; 4,83 suicidios por cada 100.000 habitantes, la tasa nacional sobre la de extranjeros europeos.

Puestas en perspectiva estas tasas con las aportadas por el Observatorio del Suicidio, se obtiene lo siguiente.

En el año **2016**, la tasa de suicidios a nivel nacional para ambos sexos fue en las siguientes franjas de edades de: 10,87 para las edades entre 60 y 69 años; 12,66 para edades entre 70 y 79 años y 16,88 para mayores de 79 años.

En el año **2017**, la tasa de suicidios a nivel nacional para ambos sexos fue en las siguientes franjas de edades de: 9,65 para las edades entre 60 y 69 años; 12,61 para edades entre 70 y 79 años y 18,18 para mayores de 79 años.

En el año **2018**, la tasa de suicidios a nivel nacional para ambos sexos fue en las siguientes franjas de edades de: 10,04 para las edades entre 60 y 69 años; 11,07 para edades entre 70 y 79 años y 16,96 para mayores de 79 años.

Es de fácil observación la inexistencia en el plano nacional, en los años 2016, 2017 y 2018, de tasas suicidas tan elevadas como las arrojadas por la población europea extranjera mayor de 65 años residente en Alicante, tanto en 2017, 2018 y el año 2019.

Sin embargo, si se procede a contrastar las cifras disgregadas por sexo que aporta el Observatorio del Suicidio en España, sería factible hallar en **únicamente en varones mayores de 79 años** tasas similares o incluso superiores a las de los extranjeros europeos mayores de 65 años en Alicante (ambos sexos). En el año 2016, los hombres mayores de 79 años en España, arrojaron una tasa de suicidios de 34,61; en el 2017 de 39,82; y en el 2018 de 35,32.

No se puede obviar que, tras revisar los eventos suicidas protagonizados por extranjeros europeos mayores de 65 años, y tomando como ejemplificación el año 2019, de la totalidad de 20 eventos registrados, prácticamente la mitad (9), fueron protagonizados por individuos de 79 años y mayores. En el 2017 esta proporción es aún mayor, de 12 eventos, 8 fueron protagonizados por mayores de 79 años.

Acudiendo al organismo supranacional **EUROSTAT**, dependiente de la Comisión Europea y encargado de la elaboración de estadísticas en el seno de la Unión Europea que sirvan de basamento para la toma de decisiones políticas, es posible gracias a un motor de búsqueda, obtener las tasas de suicidio en los países de origen de aquellas nacionalidades que han compuesto la muestra de once (11) países europeos (excepto Suiza), en los años 2016 y 2017.

Tabla 10. Tasas de suicidio en países europeos para mayores de 65 años (2016 – 2017)²⁶

Pais	2016	2017 ^{(p)27}
Alemania	20,65	19,84
Bélgica	22,75	19,72
Dinamarca	16,32	18,67
Finlandia	16,07	16,28
Francia	20,88	--
Irlanda	5,43	6,89
Noruega	11,32	11,64
Países Bajos	14,69	13,06
Reino Unido	6,25	6,34
Suecia	15,7	17,48

²⁶ Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EUROSTAT (*Causes of death*).

²⁷ Datos provisionales.

5. Discusión

Pese a casi duplicar en 2018 las muertes de etiología suicida a las de cuyo origen lo encontramos en la seguridad vial, un 186 %²⁸ más la primera causa respecto a la segunda mencionada, la referida **carencia** de un **Plan Nacional de Prevención del Suicidio** hace aún más sangrante esta atípica situación, cuya simple exposición de números absolutos demanda por si sola la puesta en marcha por los poderes públicos de forma inmediata, de cuantos resortes pudieran revertir estas alarmantes cifras.

Las cifras expuestas a lo largo de este trabajo ilustran como la fenomenología suicida mostrada por los residentes en Alicante ha tenido una tendencia levemente ascendente a lo largo de la última década (Gráfica 7). En oposición, esta leve ascendencia se torna en un fuerte aumento cuando se trata de mayores de 65 años extranjeros europeos. Basta para ello observar tanto la Gráfica 3, en la que se muestran los valores absolutos de eventos suicidas, como la Gráfica 9, en la que se proporcionan las tasas suicidas por cada 100.000 habitantes.

Desde un tercer punto de vista, el porcentaje de la muestra que suponen los mayores de 65 años extranjeros europeos, en consonancia con el porcentaje de autopsias de etiología suicida a individuos mayores de 65 años en la provincia de Alicante, también resulta francamente revelador. Focalizando el análisis en el último año de la serie (2019) en términos poblacionales, los mayores de 65 años extranjeros europeos suponen el 18,34 % (datos a partir de la tabla 8). Sin embargo, hablando nuevamente en términos porcentuales, estos suponen el 32,78 % de las autopsias de etiología suicida practicadas a mayores de 65 años (datos a partir del Gráfico 3), siendo el restante porcentaje también coincidente con la porción de la muestra perteneciente a mayores de 65 años nacionales, al no existir tal y como se ha expuesto en este trabajo otros eventos suicidas en dicha franja de edad atribuibles a otras nacionalidades distintas fuera de la muestra.

Clarificada ya la disonancia entre las tasas suicidas de la población española mayor de 65 años, y sus homónimos extranjeros europeos que consumaron la idea suicida en la provincia de Alicante. Estas últimas se encuentra en una acusada superioridad en los años **2018** y **2019** (Gráfica 9), pero tanto en el año **2017**, o en la excepcionalidad del año **2016**, cuando la tasa

²⁸ Fuente: Nota de prensa “Defunciones según Causa de Muerte”. INE. 19 de diciembre de 2019.

representada por los extranjeros europeos era inferior en 4,83 puntos²⁹ a la nacional española. Pero para mayor abundamiento, se han traído a colación las tasas suicidas consignadas por el EUROSTAT en mayores de 65 años, para los años 2016 y 2017 (Tabla 10), en los países de origen de los individuos conformantes de la muestra extranjera. Así, tomando como base el año **2016**³⁰ y contrapuestas dichas tasas con la obtenida en la misma franja de edad en Alicante (16,7 suicidios por 100.000 hab.), serían tres países; **Alemania** (20,65), **Bélgica** (22,75) y **Francia** (20,88) los que tendrían tasas superiores a la española. Y **Dinamarca** (16,32), **Finlandia** (16,07), **Países Bajos** (14,69) y **Suecia** (15,7) los que tendrían tasas levemente inferiores a la española.

Llama particularmente la atención la baja tasa de suicidios, según los parámetros manejados en estas líneas, del Reino Unido. Concretamente en el año 2016, se reseñó una tasa de 6,25. Por el contrario, es este estudio, el **Reino Unido** (18 eventos) resulto ser junto con Alemania (17 eventos), los países que mayores eventos registraron en los cuatro años que componen la serie analizada. Y que por tanto, en mayor medida contribuyeron a que el conglomerado de nacionalidades europeas alcanzaran las tasas de suicidio reseñadas en la Gráfica 9, muy por delante de la tercera nacionalidad en sumar eventos, Francia (7).

A falta de contar con estadísticas en la web de EUROSTAT referentes a los años 2018 y 2019, en los cuales según este trabajo la tasa suicida de extranjeros europeos se disparó en Alicante (**2018; 24,84** y **2019; 30,61**). Si sería factible determinar la tasa media de suicidios en 2016, en el conjunto de países originarios de los individuos que conforman la muestra (exceptuada Suiza por no contar datos EUROSTAT), siendo esta de: **15,00 suicidios / 100.000 habitantes**, ya **superior en 3,13 puntos** a la que el conjunto de nacionalidades europeas arrojó en ese mismo año en Alicante (11,87).

Más allá del imperativo que la OMS marca en reducir las cifras de incidencia suicida, y que en primera instancia debiera suponer la principal preocupación de los actores públicos llamados a bordar dicho problema de salud pública, se podría apreciar las implicaciones económicas que tuviera en el caso concreto de la gerontoinmigración.

²⁹ Nº de suicidios por cada 100.000 habitante.

³⁰ Respecto al 2017, los datos expuestos en EUROSTAT están calificados como “provisionales”.

En el año 2018 el sector turístico³¹ supuso el 12,3³² del PIB, es decir 147.946 millones de euros. La aportación bruta de este sector al empleo es de 2,62 millones de puestos de trabajo, el 12,7% del total. Atendido el peso que supone a la economía nacional, se considera que las políticas encaminadas a mejorar los niveles de salud pública, no podrían ser tildadas de fútiles en términos económicos. Pues contemplar todas las aristas que conciernen al turismo, y por consiguiente a la gerontoinmigración, contribuyen a proyectar una imagen ventajosa en el plano internacional, frente a otros competidores en destinos turísticos como Italia o Grecia.

5.1. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida (Generalitat Valenciana)

Tal y como se ha expuesto en líneas anteriores, prima la actuación desde un enfoque multisectorial para lograr estrategias eficaces en la prevención del suicidio. Sin embargo, pese a la imperiosa necesidad de actuaciones directas como así reclaman las altas cifras por defunciones de etiología suicida, aún es largo el camino por recorrer por parte de los poderes públicos.

Pese a ello, y centrándonos en el ámbito territorial de la provincia de Alicante, así como Valencia y Castellón, la Generalitat Valenciana si ha apostado por dar cierta prioridad a la lucha contra el incesante goteo de víctimas de suicidio en su ámbito territorial, registrando dicho ente territorial el número de un suicidio al día de media.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, en el marco de la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020, elaboró el Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida. En dicho Plan se marcan las líneas maestras para alcanzar el fin propuesto: prevenir las conductas suicidas y disminuir las tasas de suicidio en la Comunidad Valenciana. Para ello, y partiendo de la principal premisa de que **los suicidios son prevenibles**, se hacen propias también las principales propuestas de la OMS: reducir el acceso a medios para autolesionarse o suicidarse, realizar una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, implementar la protección de las personas con elevado

³¹ En el estudio de *MIRE3i* relacionado en la *Introducción*, se determinó que de los 720 gerontoinmigrantes encuestados, el 87,4 visitó España en más de una ocasión en calidad de turista, antes de establecer su domicilio.

³² INE (2019). Cuenta satélite del turismo en España. 2016-2018.

riesgo de suicidio, detectar precozmente el riesgo suicida y abordar y tratar adecuadamente las conductas suicidas.

Centrándonos ya en el suicidio en ancianos, en la redacción del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida se desprende el interés en la protección de este colectivo frente a este tipo de muerte violenta. Ya en los primeros compases del texto se hace hincapié en la edad como factor de riesgo de suicidio, al apuntar que las tasas de suicidio, tanto en hombres como mujeres de 70 años de edad o más, son más elevadas respecto al resto de la población en todas las regiones del mundo. En la Comunidad Valenciana, en el año 2015, la tasa de suicidios en varones mayores de 79 años alcanzó la cifra de 34,81 por cada 100.000 habitantes.

Esta alarmante tasa de suicidios entre la población anciana, encuentra su correlato en la estrategia de detección del riesgo de conducta suicida desarrollada por el Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida, al ser el grupo poblacional *personas mayores* catalogado como **vulnerable** junto con la *infancia y adolescencia, mujeres víctimas de violencia de género, personas en situación de cumplimiento penitenciario y personas sin hogar*. Con la identificación de estos colectivos, el Plan pretende la involucración tanto de los servicios sanitarios, como de los servicios sociales, centros educativos, residencia de mayores, etcétera. Cada agente social respecto a su colectivo vulnerable en cuestión.

Sin embargo, más allá de poner el foco en la población anciana como de especial protección frente a la conducta suicida, mediante la enumeración de los principales factores de riesgo asociados a estos, tales como; enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y demencia, soledad, ausencia de proyectos vitales y carencia de relaciones sociales. No se halla mención específica a ese sector de la población anciana protagonizado por nacionales extranjeros asentados en la Comunidad Valenciana. Por el contrario, si se considera digna de mención específica, la casuística suicida en el ambiente penitenciario, la cual arrojó en el año 2018 en la totalidad del territorio nacional (exceptuada Cataluña), la cifra de **33 suicidios**. En oposición, solo en la provincia de Alicante, en 2019, se suicidaron 20 extranjeros europeos mayores de 65 años, un tercio (1/3) del total de suicidios en mayores de 65 años (Gráfica 3), a pesar de en términos poblacionales suponer únicamente un quinto (1/5) de la muestra estudiada en dicho año (Tabla 8).

Son varios los factores de riesgos específicos enumerados en el Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida para con los ancianos, que en el caso de ancianos extranjeros se verían acentuados, con ellos se hace referencia a: **la soledad y la carencia de relaciones sociales**.

El principal objetivo del Plan, tal y como cabría esperar, es la reducción de la tasa de suicidio en la Comunidad Valenciana durante el período 2016-2020, coincidente con el lapso de tiempo para la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. A fin de verificar el cumplimiento o insatisfacción en la tarea propuesta, los responsables del Plan se marcan el objetivo de reducir la tasa de **7,36** casos por cada 100.000 habitantes correspondiente al quinquenio **2011-2015**.

Durante el desarrollo de este trabajo, y debido a la proximidad de la fecha fin de la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, se ha procedido a verificar la consecución o no del objetivo propuesto, hasta la fecha³³.

Conocidos a través del INE los suicidios totales en la Comunidad Valenciana en los años 2016 (**340**), 2017 (**407**) y 2018 (**399**), y puestos a su vez en contraste con la población con la que contaba la Comunidad Valenciana en dichos años a través del Padrón Municipal, se arrojan unas tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes de: **6,85** (2016); **8,23** (2017); y **8,03** (2018). Siendo la **media** de este período **2016-2018** de **7,70** suicidios por cada 100.000 habitantes.

A la vista de estos datos, podemos concluir que, si bien en el Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida, se proyecta de manera clara y decidida la pretensión por parte de los poderes públicos de la reducción de las tasas de suicidios, con los datos que se cuentan hasta el momento, dicho objetivo dista mucho de convertirse en realidad.

³³ Además de la imposibilidad para verificarlo conforme al presente año 2020. Tampoco se ha podido comprobar del 2019, debido a que en el INE aún no se cuenta con estadística de suicidios de dicho año. Además, consultada la página web de la Generalitat Valenciana donde se publican las Memorias de los Institutos de Medicina Legal, resta publicitar la correspondiente al año 2019 del IML de Valencia.

6. Conclusiones

1. En la labor de acercamiento al fenómeno suicida desde sus datos estadísticos, existe una divergencia de datos entre las dos principales fuentes de información dimanantes de organismos oficiales. Mientras que el **INE** arroja la cifra de **468 suicidios** [todas las edades] en la provincia de Alicante en el trienio 2016 – 2018, por el contrario, el **IMLCF** de Alicante eleva la cifra a **514 suicidios**. Solo en el año 2018 el IMLCF cataloga 28 muertes de etiología suicida más que el INE. Esto confirma la importancia de las fuentes forenses en la mejora de las estadísticas en las causas de muerte externa.
2. Tras el análisis de la progresión del fenómeno suicida en la provincia de Alicante (2016 – 2019), se constata un **firme y progresivo ascenso de la conducta suicida en los extranjeros europeos mayores de 65 años que componen la muestra**, habiendo pasado de 8 muertes de etiología suicida en 2016, a las 20 de 2019. Se ha de hacer constar que dicha progresión no responde a un aumento de la población objeto de estudio. Esta estaba conformada en 2016 por 67.352 individuos, pasando a ser 65.328 individuos en 2019.
3. Desde la óptica de las tasas suicidas por cada 100.000 habitantes, y como continuación del punto anterior, también se obtiene un resultado paulatinamente ascendente en la porción de la muestra referente a los mayores de 65 años europeos. Dicha progresión parte de una tasa de **11,87** en **2016** (inferior a la tasa concerniente a los españoles mayores de 65 años: 16,7), alcanzando la cifra de **30,61** en **2019**, muy por encima de todas las tasas vistas en este trabajo para ambos sexos simultáneamente.
4. La totalidad de defunciones por suicidio en mayores de 65 años en la provincia de Alicante, están protagonizadas por nacionales españoles, o ciudadanos de las nacionalidades europeas que componen la muestra. No existe evento alguno registrado respecto de otro ciudadano de país europeo, ni tan siquiera de otro continente. Dicho rasgo tiene su importancia a la hora de implementar políticas sociales destinadas a la consecución de la reducción en la tasa suicida de mayores de

65 años, dada la relativa homogeneidad de la muestra, en cuanto a nacionalidades sobre la que actuar.

5. Dentro de las once (11) nacionalidades correspondientes a países de Europa del Norte y Central, pertenecientes a la Unión Europea, así como al Espacio Schengen (Suiza y Noruega), y Reino Unido (primero en número de población de gerontoinmigrantes en Alicante), únicamente son las nacionalidades **alemana, belga, británica y francesa** las que registran defunciones por suicidios en cada uno de los años que componen la serie (2016 a 2019).
6. Respecto a diferenciaciones en el método suicida empleado, se observa como a pesar del primer método empleado por ambas porciones de la muestra es el **ahorcamiento**, en la porción representada por extranjeros europeos la **asfixia por sumersión** y las **heridas por armas de fuego** serían los segundos y tercer método respectivamente de uso preferente. Quedando en esta porción el suicidio por **precipitación** relegado a cuarto puesto, siendo por el contrario entre los nacionales españoles el segundo método de preferencia.
7. Procedida la verificación de los propósitos del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunitat Valenciana, se puede afirmar que pendiente la finalización del período 2016 – 2020, el cual será objeto de confrontación en cuanto a tasa de suicidio con el período 2011-2015, no se está logrando la reducción en las tasas.
8. Se ha verificado la inexistencia de base de datos alguna en la que se registren rasgos sociodemográficos o sociosanitarios (estado civil, adicciones, trastornos de la esfera mental, etcétera) de aquellos individuos que consuman el acto suicida, más allá de estudios *ad hoc* para un tiempo y espacio geográfico definido. Por ende, la fenomenología suicida en el entorno español, se perpetua en el tiempo escapando de todo cribado dichos datos de máximo interés, los cuales serían de infinito aprovechamiento mediante su registro de forma anonimizada y restringida a los profesionales encargados de la implantación acertada y focalizada de planes de

sensibilización y prevención. Ello ha imposibilitado que en este trabajo se pueda afirmar con rotundidad que los fallecimientos estudiados se corresponden en toda su totalidad con jubilados.

Referencias bibliográficas

Bibliografía básica

ANDRADE SALAZAR, J.A., LOZANO SAPUY, L.P., RODRÍGUEZ ROMERO, A., CAMPOS RAMÍREZ, J.A. “Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos”. *Revista Cultura del Cuidado*. 2016, vol. 13, núm. 1, 70 – 89

CASADO BLANCO, M. “Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal”. *Cuadernos de medicina forense*. 2002, núm. 28, 25-31.

Colección Personas Mayores. *Las Personas Mayores en España*. IMSERSO. 2016.

CONWELL, Y., VAN ORDEN, K., y CAINE, E. “Suicidio en ancianos”. *Psiquiatría Biológica*. 2019, vol. 19, núm. 4, 127 – 136

Decreto de 14 de noviembre de 1958, por el que se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley del Registro Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 11 de diciembre de 1958. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/rrc.t1.html#a20

Decreto 146/2000, de 26 de septiembre, por el que se modifica el Decreto 124/1998, de 1 de septiembre, del Gobierno Valenciano, de constitución y regulación del Instituto de Medicina Legal de Alicante. *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana*, 2 de octubre de 2000, núm. 3.848. Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2000/10/02/pdf/2000_F7912.pdf

Decreto 60/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Instituto de Medicina Legal de Alicante. *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana*, 25 de abril de 2007. Disponible en: <https://www.iberley.es/legislacion/decreto->

[60-2007-20-abril-consell-aprueba-reglamento-organizacion-funcionamiento-instituto-medicina-legal-alicante-2007-5179-4484225](#)

DURÁN MUÑOZ, R. “Atractivo de España para los jubilados europeos: del turismo a la gerontoinmigración”. *Panorama Social*. 2012, núm. 16, 151-165

GARCÍA-HARO, J. GARCÍA-PASCUAL, H. GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M. “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; vol. 38, núm. 134, 381 – 400.

FANJUL PEYRÓ, C., GONZÁLEZ OÑATE, C., SANTO MIRABET, M.C. “Campañas institucionales para la prevención del suicidio en España. Análisis del cambio estratégico en su comunicación social: caso Comunidad Valencia. *Revista Mediterránea de Comunicación*. 2020, vol. 11, núm. 2, 261 – 276.

HERRERA RAMÍREZ, R. URES VILLAR, M.B., MARTÍNEZ JAMBRINA, J.J. “El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto papageno?”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2015, vol. 35, núm. 125, 123 – 134.

Ley de 8 de junio de 1957, del Registro Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de junio de 1957, 151. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1957-7537>

MONTES DE OCA VALDEZ, L.A. y RODRÍGUEZ MEDINA, D.A. “Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores”. *Psicología y Salud*. 2019, vol. 29, núm. 2, 187-194.

Observatorio Permanente de la Inmigración. *Mortalidad y principales causas de muerte en la población inmigrante residente en España, 2001-2005*. Secretaría de Estado de Inmigración, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Prevención del suicidio: un imperativo global*. OMS, 2014.

PÉREZ BARRERO, S.A. "Factores de riesgo suicida en el anciano". *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012, vol. 17, núm. 8, 2011 – 2016.

PÉREZ BARRERO, S.A. "Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005, vol. 34, núm. 3, 386 – 394.

SORIANO BARCELÓ, J. *et al.* "Perfil de los intentos de suicidio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela en el período de 2015 a 2017". *Informaciones Psiquiátricas*. 2019, núm. 235, 89-107

VELÁSQUEZ SUAREZ, J.M., "Suicidio en el anciano". *Revista colombiana de Psiquiatría*. 2013, núm. 43, vol. S1, 80 – 84.

Webgrafía

"10 datos sobre el envejecimiento y salud". *Organización Mundial de la Salud*. 7 septiembre 2020, 17:00. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

"Causes of death – standardised death rate by residence". *EUROSTAT*. 4 septiembre 2020, 17:15. Disponible en: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en

“Consejo Médico Forense. Actividades 2018 – 2019”. Ministerio de Justicia (Gobierno de España) 6 septiembre 2020, 23:50. Disponible en: https://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292430355102?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DConsejo_Medico_Forense_Actividades_2018-2019.PDF&blobheadervalue2=Docs_CMF

“Defunciones según la Causa de Muerte”. *Instituto Nacional de Estadística*. 9 de agosto 2020, 08:20. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf

Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. *Prevención del Suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. OMS, 2000. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

“El polémico plan de Grecia para convertirse en el paraíso de los pensionistas”. *65ymas.com*. 22 julio 2020. Disponible en: https://www.65ymas.com/economia/pensiones/polemico-plan-grecia-paraíso-pensionistas_17518_102.html

“Estadística de defunciones según causa de la muerte”. *Instituto Nacional de Estadística*. 20 abril 2020, 16:45. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

“Estadística de defunciones según causa de la muerte. Metodología”. *Instituto Nacional de Estadística*. 16 agosto 2020, 16:30. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/notaecm.htm>

FERNÁNDEZ-CUENCA, R., *et al.* "Mortalidad por causas externas en España". *Boletín Epidemiológico Semanal. Instituto de Salud Carlos III*. 2014. Vol. 22, Núm. 6 [consulta: mayo de 2020]. ISSN 2173-9277. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/871/1026>

FERNÁNDEZ, D. "26 suicidios, 25 sobredosis... Las cárceles de España superan ya los 100 muertos este año". *El Confidencial*. 16 agosto 2019. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/2019-08-16/prisiones-muertos-suicidios-sobredosis_2174531/

"Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos (Sección 2)". *Organización Panamericana de la Salud*. 23 agosto 2020, 22:15. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=es

"Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses". *Ministerio de Justicia*. 5 junio 2020. Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/estructura-funciones>

"La India despenaliza el intento de suicidio: INDIA SUICIDIO". *ProQuest*. 27 marzo 2017. Disponible en: <https://bv.unir.net:2257/docview/1881135306?pq-origsite=summon>

"Memorias de Institutos de Medicina Legal". *Generalitat Valenciana. Conselleria de Justicia, Interior y Administración Pública*. 19 julio 2020, 23:30. Disponible en: <http://www.iusticia.gva.es/es/web/justicia/institut-de-medicina-legal-i-ciencies-forenses>

SANCHEZ, E. *El suicidio en ancianos*. Conferencia en CASC: 10/09/13, con ocasión de la celebración de las V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio). Tres Cantos, 2013. Disponible en: <http://www.cop.es/uploads/PDF/EL-SUICIDIO-EN-ANCIANOS.pdf>

“Suicidio”. *Organización Mundial de la Salud*. 02 septiembre 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

“Observatorio del Suicidio en España 2016”. *Fundación en España para la prevención del suicidio*. 2 septiembre 2020, 23:40. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/>

“Observatorio del Suicidio en España 2017”. *Fundación en España para la prevención del suicidio*. 2 septiembre 2020, 23:50. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/>

“Observatorio del Suicidio en España 2018”. *Fundación en España para la prevención del suicidio*. 3 septiembre 2020, 00:00. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>

“Principales series de población desde 1998”. *Instituto Nacional de Estadística*. 20 agosto 2020, 00:40. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/&file=pcaxis&dh=0&capsel=1>

“Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana”. *Generalitat Valenciana. Conselleria d'Economia Sostenible, Sectors Productius, Comerç i Treball*. 20 agosto 2020, 01:00. Disponible en: <http://www.pegv.gva.es/va/padro-municipal-continu-explotacio-estadistica.-resultats-per-a-la-comunitat-valenciana>

“Salud mental”. *Organización Mundial de la Salud*. 16 abril 2020, 08:25. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/

XIFRÓ, A., SUELVE, J.M., MARTÍN-FUMADO, C., GOMÉZ-DURÁN, E.L., “Suicidios y fuentes médico-forenses en España” (Cartas al director). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014, vol. 8, núm. 1, 46 – 47 [consulta: septiembre 2020]. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-suicidios-fuentes-medico-forenses-espana-S1888989114001086>

Listado de abreviaturas

BEDJ: Boletín Estadístico de Defunción Judicial.

BEP: Boletín Estadístico de Parto.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CMD: Certificado Médico de Defunción

CMF: Consejo Médico Forense.

DIJ: Defunciones con Intervención Judicial.

EUROSTAT: Oficina Europea de Estadística.

IML: Instituto de Medicina Legal y Forense.

IMLCF: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

MIRES3i: Migración Internacional de Retirados en España: Impacto, identidades e integración.

NSPI: Número de suicidios identificados provisionales.

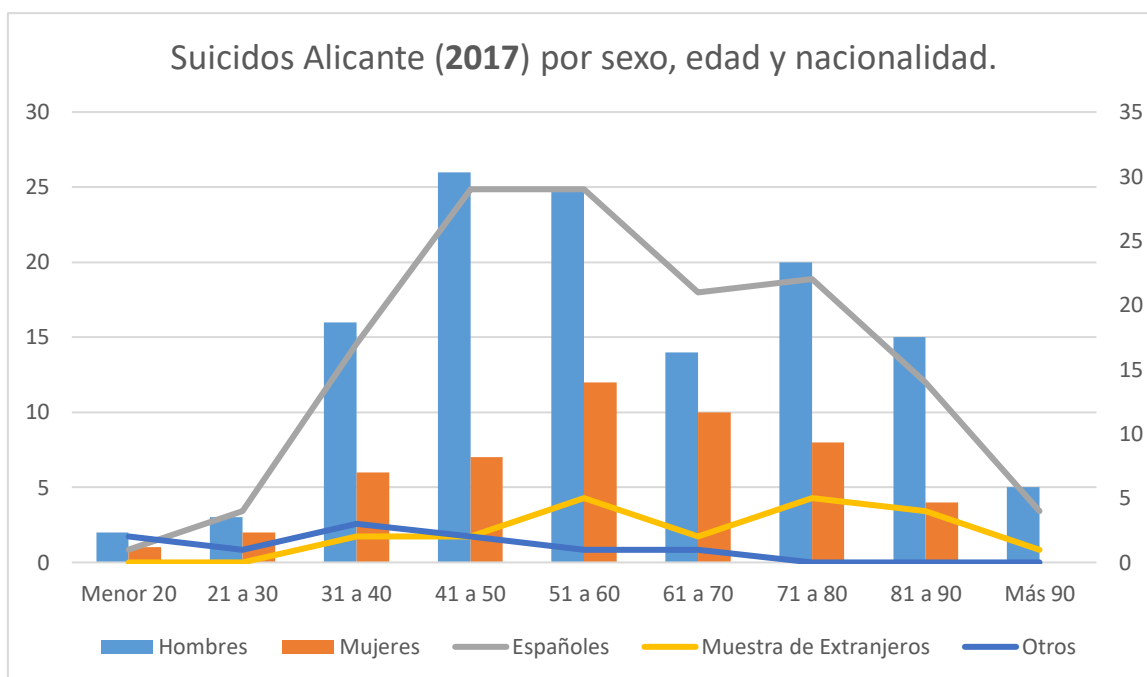
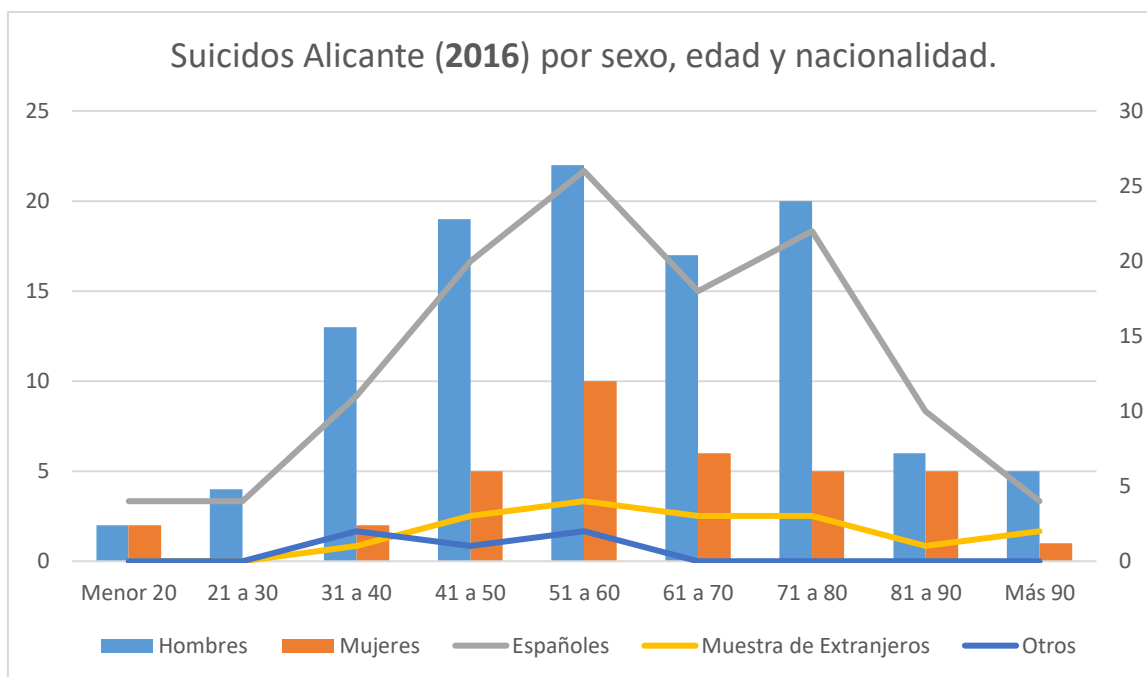
OMS: Organización Mundial de la Salud.

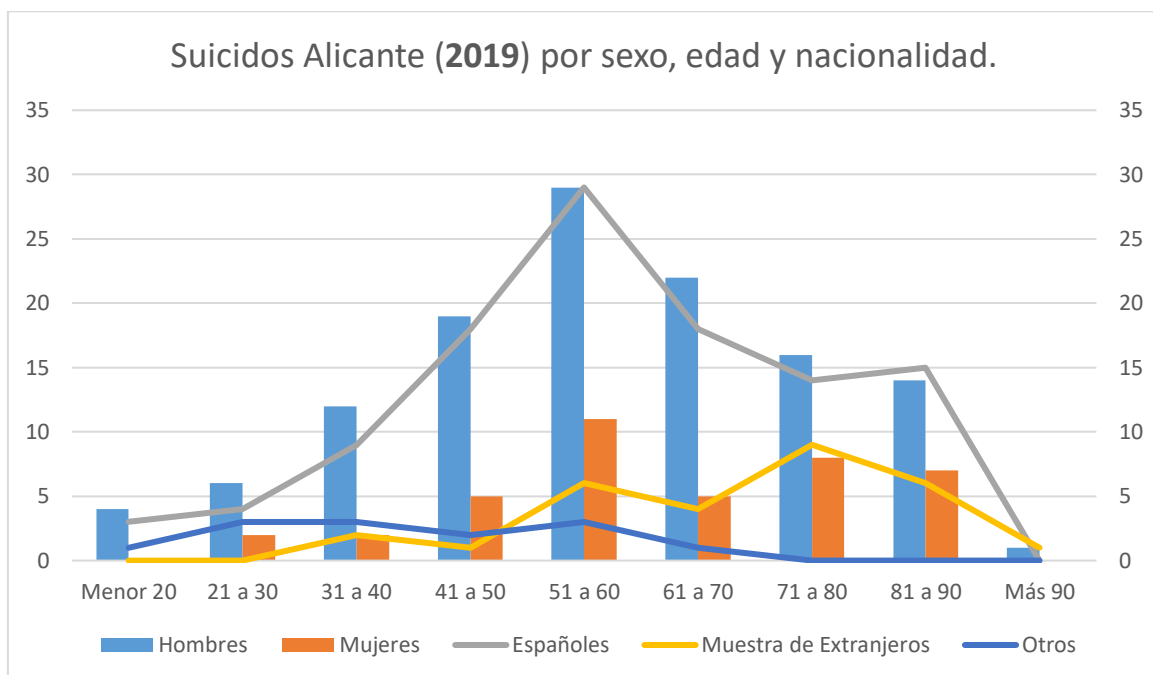
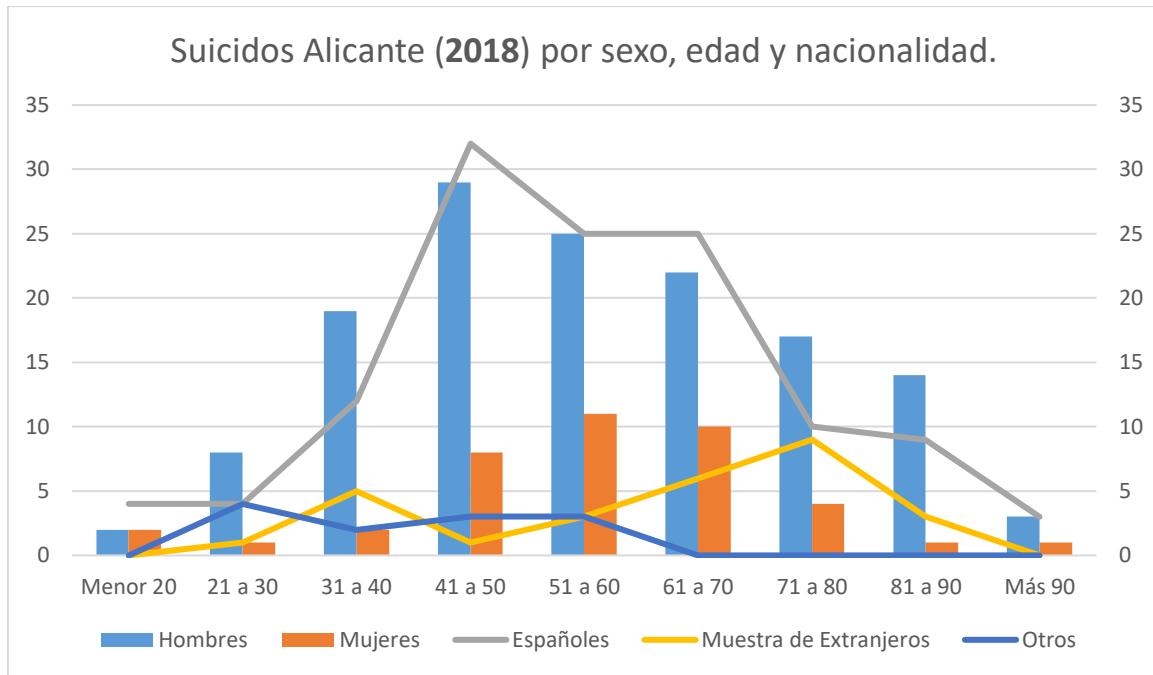
OPI: Observatorio Permanente de la Inmigración.

PIB: Producto Interior Bruto.

SUPRE: Suicide Prevention.

Anexo A. Gráficas sobre suicidios en Alicante (2016 – 2019) distribuidos por sexo, edad y grupos de nacionalidad.





Anexo B. Tablas sobre suicidios de extranjeros europeos de los países de la muestra, menores de 65 años.

Edad	Sexo	Nacionalidad	Etiología	Causa fundamental	Año
48	H	Alemana	Suicida	Herida arma de fuego	2016
54	M	Alemana	Suicida	Precipitación	2016
57	M	Belga	Suicida	Precipitación	2016
61	H	Belga	Suicida	Ahorcadura	2016
48	H	Británica	Suicida	Herida arma blanca	2016
55	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2016
60	H	Británica	Suicida	Ingesta medicamentos	2016
40	H	Finlandesa	Suicida	Ahorcadura	2016
44	H	Holandesa	Suicida	Ahorcadura	2016
48	H	Alemana	Suicida	Ahorcadura	2017
55	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2017
56	H	Británica	Suicida	Intoxicación	2017
58	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2017
32	H	Francesa	Suicida	Herida arma de fuego	2017
45	H	Francesa	Suicida	Ahorcadura	2017
39	H	Noruega	Suicida	Ahorcadura	2017
53	M	Sueca	Suicida	Ahorcadura	2017
56	M	Suiza	Suicida	Precipitación	2017
62	H	Alemana	Suicida	Ahorcadura	2018
64	H	Alemana	Suicida	Ahorcadura	2018
50	M	Belga	Suicida	Ahorcadura	2018
24	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2018
32	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2018
37	H	Británica	Suicida	Intoxicación.	2018
38	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2018
58	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2018
59	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2018
38	H	Francesa	Suicida	Precipitación	2018
38	H	Holandesa	Suicida	Ahorcadura	2018
52	H	Holandesa	Suicida	Ahorcadura	2018

39	M	Alemana	Suicida	Ahorcadura	2019
54	M	Alemana	Suicida	Intoxicación	2019
58	H	Alemana	Suicida	Herida por arma de fuego	2019
54	H	Belga	Suicida	Herida por arma de fuego	2019
56	H	Belga	Suicida	Politraumatismo	2019
49	H	Británica	Suicida	Ahorcadura	2019
54	M	Finlandesa	Suicida	Ahorcadura	2019
31	H	Irlandesa	Suicida	Intoxicación	2019
54	H	Irlandesa	Suicida	Ahorcadura	2019

Anexo C. Infografía de la Organización Mundial de la Salud.

Suicidio: hechos y datos

El **suicidio** es la **segunda** causa de defunción entre las personas de **15 a 29** años



La mortalidad por **suicidio** es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios

Más de **800 000** personas **se suicidan** cada año

Una muerte cada **40** segundos



57%

Países de altos ingresos

75%

El **75%** de los **suicidios** se produce en países de ingresos bajos y medianos



Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales empleados en el mundo

Los suicidios pueden prevenirse

Restringiendo el acceso a los medios utilizados

Información responsable en los medios

Introducción de políticas sobre el alcohol

Medidas preventivas eficaces

Identificación y tratamiento tempranos

Formación del personal sanitario

Seguimiento y apoyo de la sociedad



La clave es adoptar un enfoque multisectorial integral

La mayoría de los países no ha establecido una estrategia **nacional de prevención del suicidio**



El objetivo en el Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020 es reducir un 10% de los índices de suicidio



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Anexo D. Campaña de sensibilización en medios de la Generalitat Valenciana.



Fuente: "GVA Sanitat". *Twitter*. 15 marzo 2019. Disponible en:
<https://twitter.com/GVAsanitat/status/1106540556224610304/photo/1>



Fuente: "GVA Sanitat". *Twitter*. 26 septiembre 2018. Disponible en:
<https://twitter.com/GVAsanitat/status/1045010117245251584/photo/1>