



**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y Humanidades (área de
Derecho)**

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS MUERTES VIOLENTAS DE ETIOLOGÍA MÉDICO-LEGAL SUICIDA EN LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DE EXTREMADURA DURANTE LOS AÑOS 2012 A 2016

Trabajo Fin de Grado presentado por:

Aroa Ortega Soret

Titulación: Grado en Criminología

Línea de investigación: Ciencias
Forenses y Criminalística

Directora: Dra. Marta Grijalba Mazo

Ciudad: Madrid

Fecha: 25 de julio de 2018

Firmado por: Aroa Ortega Soret

CATEGORÍA TESAURO: 3.1.3

Derecho público

INDÍCE

LISTADO DE ABREVIATURAS	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Breve reseña histórica	10
2.2 Mitos	12
2.3 La conducta suicida. Definiciones	14
2.4 Factores de riesgo	16
2.5 Grupos de riesgo	19
2.6 Fases de la conducta suicida	26
2.7 Mecanismos de autolisis	27
2.8 Estadística de defunciones por suicidio en España entre los años 2012-2016.....	33
2.8.1 Número total de muertes por suicidio	33
2.8.2 Número total de suicidios por grupos de edad	35
2.8.3 Número de casos por meses del año e incidencia de luz solar	38
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	41
4. MATERIAL Y MÉTODO	41
5. RESULTADOS.....	42
5.1 IMLCF de Cáceres	42
5.1.1 Número total de muertes violentas suicidas	42
5.1.2 Mecanismo suicida	45
5.1.3 Comparación datos memoria IMLCF Cáceres con los datos del INE ..	47
5.2 IMLCF de Badajoz.....	50
5.2.1 Número total de muertes violentas suicidas.....	50
5.2.2 Mecanismo suicida	52
5.2.3 Comparación datos memoria IMLCF Badajoz con los datos del INE ..	54
5.3 CCAA de Extremadura	57
6. DISCUSIÓN.....	58
7. CONCLUSIONES.....	65
8. BIBLIOGRAFÍA.....	66
9. LISTADO DE FIGURAS, TABLAS, GRÁFICOS E IMÁGENES.....	69

LISTADO DE ABREVIATURAS

BEDJ: Boletín Estadístico de Defunción con intervención Judicial

BOE: Boletín Oficial del Estado

CCAA: Comunidades Autónomas

CGPJ: Consejo General del Poder Judicial

CP: Código Penal

DMDB: European Detailed Mortality Database

IMLCF: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

INE: Instituto Nacional de Estadística

LECrim: Ley de Enjuiciamiento Criminal

LO: Ley Orgánica

LOPJ: Ley Orgánica del Poder Judicial

OMS: Organización Mundial de la Salud

RD: Real Decreto

TSJ: Tribunal Superior de Justicia

MPS: Muertes Por Suicidio

RESUMEN

El suicidio es aquel acto por el cual una persona acaba con su propia vida de manera voluntaria. Su propia definición implica una conducta intencional, por lo que es necesario analizar tanto el comportamiento humano, como los diferentes estados mentales y/o de ánimo (depresión, trastornos de la personalidad, situaciones de estrés asociadas a entornos laborales familiares etc.) que pueden inducir al mismo.

El suicidio representa un problema de salud a nivel global, tanto los suicidios consumados como las tentativas e, incluso, la ideación del mismo.

La historia ha mostrado las diferentes concepciones del suicidio y cómo era castigado, así como numerosos mitos sobre este hecho, que sirven para dar a conocer la sensibilidad de la sociedad sobre las personas que lo idean, planifican y llevan a cabo.

El estudio del suicidio y los motivos que subyacen en la persona para cometer tal acto, han sido objeto de estudio, entre otros, por la psiquiatría y la medicina legal y forense.

El objetivo de este trabajo es conocer las tasas de mortalidad por suicidio en Extremadura y comparar su tendencia tanto en la provincia de Cáceres como en la de Badajoz durante el periodo 2012-2016, y comprobar si los datos disponibles en los ficheros de defunciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) relativos a causas externas de muerte por suicidio, son similares a los que proporcionan las memorias de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF).

Para ello se procederá a analizar tanto los datos que facilita anualmente el INE como las memorias de los IMLCF de Cáceres y el IMLCF de Badajoz en el periodo 2012-2016, ya que las mismas están disponibles en el portal web del Ministerio de Justicia.

En el periodo de tiempo estudiado, se evidencia una tendencia decreciente en las tasas de mortalidad por causas externas y por tanto en las intervenciones médico-forenses en muertes violentas por suicidio en el periodo 2012-2015, siendo esta tendencia similar en ambos IMLCF, pero con un repunte en ambos IMLCF en el año 2016.

Se demuestra la discrepancia entre los datos relativos al número de muertes suicidas aportados por los IMLCF (un total de 443 de funciones: 173 en Cáceres y 270 en Badajoz) y los datos aportados por el INE (un total de 353 defunciones: 141 en Cáceres y 212 en Badajoz) y por tanto se evidencia que la recuperación de datos en las muertes por suicidio a partir de las fuentes forenses mejoraría la información estadística, corrigiendo su infradeclaración y ampliando el conocimiento sobre el método de suicidio. Se evidencia el interés de la publicación de las memorias de los IMLCF ya que facilita el análisis e interpretación de los datos para la adopción de políticas de prevención en materia de suicidio.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, tasa de mortalidad por causas externas, muerte violenta.

ABSTRACT

Suicide is the act by which a person ends his or her own life voluntarily. Its own definition implies an intentional behavior, which is why it is necessary to analyze human behavior, such as the different mental states and / or mood (depression, personality disorders, stress situations associated with family work environments, etc.). that can induce it.

Suicide represents a global health problem, both completed suicides and attempts, and even the ideation of it.

History has shown the different conceptions of suicide and how it was punished, as well as numerous myths about this fact, which serve to raise awareness of the sensitivity of society to the people who devise, plan and carry it out.

The study of suicide and the reasons that underlie the person to commit such an act, have been studied, among others, by psychiatry and legal and forensic medicine.

The objective of this work is to know the mortality rates by suicide in Extremadura and to compare its tendency both in the province of Cáceres and in the province of Badajoz during the period 2012-2016, and to check if the available data in the death files of the Institute National Statistics Office (INE) regarding external causes of death by suicide, are similar to those provided by the memories of the Institutes of Legal Medicine and Forensic Sciences (IMLCF).

To do this, we will proceed to analyze both the data provided annually by the INE and the memories of the IMLCF of Cáceres and the IMLCF of Badajoz in the 2012-2016 period, as they are available on the Ministry of Justice website.

In the period of time studied, a decreasing trend was observed in the 2012-2015 period in both IMLCF with a lower incidence in mortality rates due to external causes and therefore in medical-legal interventions in violent deaths due to suicide, but a rebound in both IMLCF in 2016.

The discrepancy between the data relative to the number of suicide deaths contributed by the IMLCF is shown (a total of 443 of functions: 173 in Cáceres and 270 in Badajoz) and the data provided by the INE (a total of 353 deaths: 141 in Cáceres and 212 in Badajoz) and therefore it is evident that the recovery of data on suicide deaths from forensic sources would improve statistical information, correcting their underreporting and broadening knowledge about the method of suicide. The interest of the publication of the IMLCF memories is evi-

dent since it facilitates the analysis and interpretation of the data for the adoption of suicide prevention policies.

KEY WORDS: Suicide, death rate from external causes, violent death.

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es aquel acto por el cual una persona acaba con su propia vida de manera intencionada y voluntaria. Es un grave problema de salud pública que afecta tanto a países desarrollados como subdesarrollados, por lo tanto, es un fenómeno global. Las intervenciones oportunas, como la identificación temprana, el tratamiento y la atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo, ayudan a la prevención de este problema. También se debe intervenir con aquellas personas que tienen antecedentes suicidas en su historia clínica, prestando apoyo profesional y comunitario, y un seguimiento individual de la persona. Según la OMS, para que exista la prevención y el control del suicidio, debe entenderse que es un problema complejo que exige una coordinación y colaboración de diversos sectores de la sociedad.

No debe olvidarse que cualquier persona puede cometer un suicidio. En ocasiones se debe a enfermedades crónicas o trastornos mentales, pero en otras se debe a impulsos en momentos críticos para la persona, que le llevan a ver como única salida del sufrimiento tal acto. Existen claros grupos sociales con mayor vulnerabilidad, como son los de objeto de discriminación (colectivos homosexuales, indígenas, inmigrantes), personas enfermas (dolores crónicos, trastornos mentales), sujetos con baja autoestima, consumidores de sustancias tóxicas, adolescentes y mujeres que sufren acoso y abuso, y las víctimas de maltrato.

La preocupación creciente acerca del suicidio estimula el interés académico y social por adentrarse en las distintas motivaciones que conducen a una persona a cometer tal acto y centran la atención en los protocolos de prevención y de actuación.

En el año 2013, la 66^a Asamblea Mundial de la Salud impulsó el primer Plan de Acción sobre salud mental. La OMS advierte de que no existe una única causa para dar explicación a por qué las personas se suicidan. Por ello, se debe hacer hincapié en estudiar de manera individualizada a los pacientes que sobreviven y realizar un buen diagnóstico. Además, los planes de prevención deberán ser puestos en común a todas las disciplinas, con el fin de consensuar un plan eficaz. No debe ser la única colaboración la que se produzca entre expertos psiquiatras, psicólogos, médicos forenses y equipos sociales, también deben participar docentes y policías, ya que deben tener un conocimiento a la hora de detectar y, en el caso que sea necesario, de intervenir ante un intento o acto suicida.

La OMS, en su informe mundial Prevención del suicidio: un imperativo global (2014) intenta sensibilizar y alertar a los países para que desarrollen programas integrales de prevención del suicidio, basándose en un enfoque multisectorial de la salud pública y concienciando a la sociedad del grave problema que supone.

Según la OMS, Europa del Este tiene las mayores tasas de mortalidad por conductas suicidas del mundo, mientras que en América Latina y Asia (exceptuando Japón) poseen las tasas de mortalidad más bajas por suicidio. El resto de Europa, Norteamérica y algunos países del Pacífico poseen niveles intermedios de mortandad por esta causa. África resulta el gran desconocido en cuanto a tasas de mortalidad en general y por causas autodestructivas en particular, ya que no existen registros veraces por parte de las Autoridades de cada país.

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) en el año 2010 se estimaba que se suicidaban 9 personas al día. En el año 2015, la cifra aumentó hasta llegar a 11 personas al día. La tendencia del suicidio es ascendente, tanto en países desarrollados como subdesarrollados, estimándose que en 2020 la tasa de suicidios consumados llegue a 1'53 por cada millón de habitantes, lo que representa un procedo de una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos.¹

Los estudios relevantes sobre suicidios hasta ahora indican que existen una serie de variables que nos pueden indicar la propensión de los sujetos a cometer actos suicidas. La edad junto con el sexo, son dos variables de suma importancia. Según las estadísticas del INE a medida que avanza la edad se cometen más suicidios. Y se ha visto mayor propensión de suicidio en hombres que en mujeres.

Cuando el hecho ya se ha producido y el resultado acaba con la muerte del sujeto, solo queda realizar la autopsia del cadáver para determinar la veracidad de muerte violenta por suicidio, investigando para eliminar otras posibles causas que puedan ser sospechosas de criminalidad.

Según el INE, la estadística de suicidio ha sido realizada ininterrumpidamente desde el año 1906, pero no se hacía distinción entre los suicidios consumados y las tentativas de suicidio. A partir del año 2007, el INE suprimió los boletines del suicidio, basando su información en el boletín estadístico de defunción con intervención Judicial (BEDJ)² que se utiliza para la Estadística de defunciones según causa de muerte INE (2018)³.

¹ BERTOLOTE, J. M, & FLEISCHMANN, A. (2002). *Suicide and psychiatric diagnosis: a world-wide perspective*. (Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>)

² http://www.ine.es/metodologia/t15/cues_bedj_2009.pdf

³ Resultados nacionales y por comunidades autónomas de suicidio en España. Recuperado de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/est/operacon.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206.

El CGPJ, en su página web también recoge la actividad de los órganos judiciales, incluyendo las defunciones con intervención judicial, permitiendo el acceso a los datos disponibles relativos a las defunciones según la causa de muerte correspondientes a los años 2009 a 2016⁴.

En España la práctica de la autopsia judicial viene regulada por el Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal⁵ y el Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal⁶.

La LECrim en su artículo 343 recoge la obligación de realizar la autopsia cuando se sospeche de muerte violenta: "En los sumarios a que se refiere el artículo 340, aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia del cadáver por los Médicos Forenses, o en su caso por los que el Juez designe, los cuales después de describir exactamente dicha operación, informarán sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias". Además, esta ley hace referencia en su artículo 353 al lugar donde procede realizar la autopsia: "Las autopsias se harán en un local público que en cada pueblo o partido tendrá destinado la Administración para el objeto y para depósito de cadáveres. Podrá, sin embargo, el Juez de instrucción disponer, cuando lo considere conveniente, que la operación se practique en otro lugar o en el domicilio del difunto, si su familia lo pidiere, y esto no perjudicase al éxito del sumario. Si el Juez de instrucción no pudiere asistir a la operación anatómica, delegará en un funcionario de Policía Judicial, dando fe de su asistencia, así como de lo que en aquélla ocurriere, el secretario de la causa".

La LOPJ señala en su artículo 479 que los IMLCF que tienen como misión auxiliar a la Administración de Justicia (Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil) mediante la práctica de pruebas periciales médicas, entre las que se encuentra la práctica de la autopsia judicial.

Tras el traspaso de competencias en materia de justicia a las diferentes CCAA, los IMLCF pueden estar adscritos al Ministerio de Justicia o a las Comunidades Autónomas.

En la CCAA de Extremadura hay dos IMLCF: el IMLCF de Badajoz y el IMLCF de Cáceres. Su organización, funcionamiento y medios técnicos dependen del Ministerio de Justicia y su regulación legal viene determinada por la normativa siguiente:

- Real Decreto 2/2003, de 3 de enero, por el que se determina el ámbito territorial del Instituto de Medicina Legal de Badajoz⁷.

⁴ <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estatistica-Judicial/Estatistica-por-temas/Actividad-de-los-organos-judiciales/Defunciones-con-intervencion-judicial/>

⁵ Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1985/BOE-A-1985-12666-consolidado.pdf>)

⁶ Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal (Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-5557>)

⁷ <https://www.boe.es/boe/dias/2003/01/17/pdfs/A02200-02201.pdf>

- Orden JUS/511/2003, de 26 de febrero, por la que se dispone la creación del Instituto de Medicina Legal de Badajoz⁸.
- RESOLUCIÓN de 22 de diciembre de 2003, de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se dispone la entrada en funcionamiento del Instituto de Medicina Legal de Badajoz⁹.
- Orden JUS/512/2003, de 26 de febrero, por la que se dispone la creación del Instituto de Medicina Legal de Cáceres¹⁰.
- RESOLUCIÓN de 22 de diciembre de 2003, de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se dispone la entrada en funcionamiento del Instituto de Medicina Legal de Cáceres¹¹.

Los IMLCF de la CCAA de Extremadura tienen la siguiente estructura:

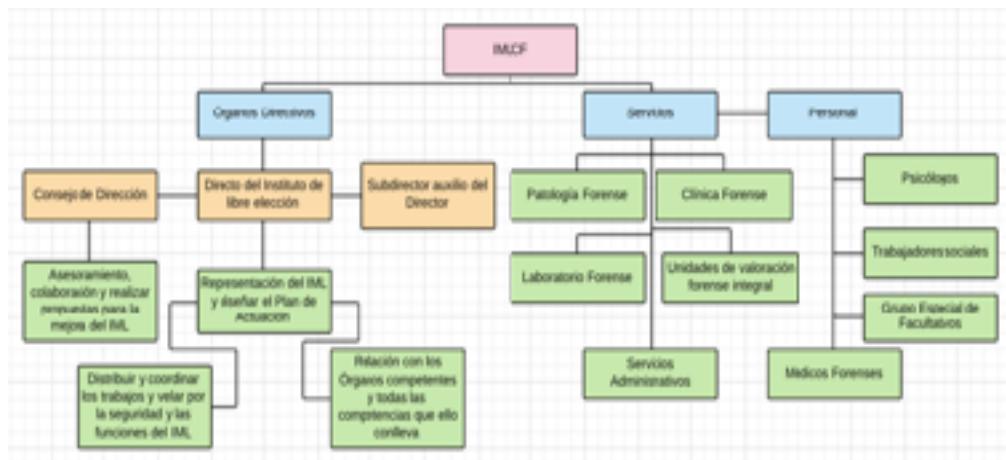


Figura 1. Organización de los IMLCF de la CCAA de Extremadura. Elaboración propia.¹²

El RD 386/1996, de 1 de marzo, que aprueba el Reglamento de los IML señala en su artículo 8.3 que: “A los Servicios de Patología Forense les corresponde la investigación médico-legal en todos los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad que hayan ocurrido en la demarcación del Instituto y sea ordenada por la autoridad judicial, así como la identificación de cadáveres y restos humanos”, y en su artículo 5 que, corresponde al Director del IMLCF

⁸ <http://www.boe.es/boe/dias/2004/01/27/pdfs/A03270-03270.pdf>

⁹ <http://www.boe.es/boe/dias/2004/01/27/pdfs/A03270-03270.pdf>

¹⁰ <https://www.boe.es/boe/dias/2003/03/11/pdfs/A09468-09474.pdf>

¹¹ <https://www.boe.es/boe/dias/2004/01/27/pdfs/A03270-03270.pdf>

¹² Figura 1 *Organización de los IMLCF de la CCAA de Extremadura*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/estructura-funciones>)

presentar ante el Ministerio de Justicia la memoria de los servicios, trabajos y actuaciones del Instituto.

Diferentes estudios^{13,14,15} demuestran la discrepancia entre los datos aportados por los IMLCF y los datos aportados por el INE y como la recuperación de datos en las muertes por suicidio a partir de las fuentes forenses mejora la información estadística, corrigiendo su infradeclaración y ampliando el conocimiento sobre el método de suicidio.

El objetivo de este trabajo es corroborar estos hechos y para ello se va a realizar un estudio epidemiológico descriptivo de las muertes por causas externas suicidas ocurridas en el IMLCF de Badajoz y en el IMLCF de Cáceres, durante los años 2012 y 2016 y conocer si la tendencia de la mortalidad por suicidio en esta área geográfica es similar y si los datos que proporciona el INE relativos a las causas externas de muerte por suicidio coinciden con los datos recogidos en las memorias de los IMLCF.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Breve reseña histórica

Actualmente, el suicidio es entendido como la acción voluntaria de acabar con la propia vida, es decir, el sujeto elige libremente morir. Éticamente no se considera que a la persona le corresponda el derecho a morir, pues esta idea trasgrede a la religión, la naturaleza biológica, los lazos familiares y afectivos en general, y toda moral asumible por el ser humano. Así, este trabajo se adentra poco a poco en la historia y en cómo las distintas épocas han castigado o defendido el suicidio bordeando la frontera entre lo racional y lo irracional¹⁶.

La Grecia Antigua

El suicidio era considerado un delito contra el Estado que provocaba la deshonra familiar y se castigaba con la mutilación del cadáver o los entierros aislados. Dos filósofos se atrevieron a

¹³ Mejora de la estadística de mortalidad por suicidio en Tarragona (Cataluña, España) entre 2004 y 2012. Available from: https://www.researchgate.net/publication/305518614_Mejora_de_la_estadistica_de_mortalidad_por_suicidio_en_Tarragona_Cataluna_Espana_entre_2004_y_2012 [accessed Jul 06 2018].

¹⁴ Delfrade J, Sayón-Orea C, Teijeira-Álvarez R, Floristán-Flo-ristán Y, Moreno-Iribas C. Tendencia divergente de la mortalidad por suicidio en Navarra y España durante el periodo 2000-2015. Rev Esp Salud Pública. 2017;91:3 de mayo e201705032

(PDF) Divergent Trends in Suicide Mortality in Navarra and Spain: 2000-2015. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322101639_Divergent_Trends_in_Suicide_Mortality_in_Navarra_and_Spain_2000-2015 [accessed Jul 06 2018].

¹⁵ Lucas Ginera J. Guija. A. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition) Volume 7, Issue 3, July–September 2014, Pages 139-146. Crossref DOI link: <https://doi.org/10.1016/J.RPSMEN.2014.06.004>. Published: 2014-07

¹⁶ SALMAN ROCHA, DORA GEORGINA (2011) “Futuro imperfecto: dimensión hermeneútica-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún”.

abordar el problema. Por un lado, Platón (427-347 a.C) consideraba el suicidio como un delito contra la sociedad; sin embargo, creía que existían excepciones en las que el suicidio sería admisible: amor, enfermedad o como una forma de auto castigo por haber cometido alguna conducta que le produjese enorme vergüenza. Por otro lado, Aristóteles (384-322 a.C) condenaba el suicidio y no admitía excepciones, ya que creía que era un acto de cobardía y un atentado contra el Estado.

El Imperio Romano

Siguiendo el pensamiento griego de Platón, Cicerón (106-43 a.C.) también condenaba el suicidio exponiendo las mismas causas para eximirlo de ser considerado delito. Constantino (290-337 d.C.) impuso medidas penales y preventivas, las cuales consistían en la confiscación de los bienes familiares tras cometerse el suicidio, con el fin de compensar al Estado por la pérdida de un ciudadano.

Así, se puede observar la división de la historia del Imperio Romano en cuanto a la legalidad y castigo del suicidio. La primera, eximían del castigo a aquellos que sufrieran enfermedad, filosofía, amor, honor o condena; y en la segunda, se penalizó el suicidio y fue regulado en las leyes del Imperio, donde se confiscaban los bienes como castigo a la familia por no haber prevenido el hecho.

La Edad Media

La consideración del suicidio como forma penal y susceptible de castigo variaba dependiendo del lugar, la religión y la sociedad. Encajando el suicidio en el cristianismo fue considerado como uno de los pecados más graves, ya que quien tenía la potestad de quitar la vida era únicamente Dios. Así, en muchas regiones europeas se denominó “mala muerte”, ya que suponía el desprecio a la propia vida.

El castigo en Europa seguía a los castigos pretéritos de épocas anteriores, como la confiscación de los bienes familiares, que posteriormente se asignaban al rey. J.J. Rousseau (1712-1778) en su obra *“Du Contrat Social”*, en el capítulo 5, trata el derecho de la vida y la muerte que el soberano tiene sobre los ciudadanos, ya que los hombres son incapaces para decidir sobre la propia muerte. Este autor califica el suicidio como un crimen. Esta idea es compartida por J. Locke (1632-1702) quien, antecesor de Rousseau, afirma que la incapacidad del hombre para decidir sobre su destino depende de Otro. Mientras que, en Castilla, según Las Partidas, la confiscación de los bienes solo tenía lugar si el fallecido había cometido algún crimen con anterioridad.

La Séptima Partida de Alfonso X El Sabio de Castilla¹⁷ (1491), en el título 27 dedicado a los “desesperados que mata <n> así mismos” denomina a los suicidas como desesperados. Así

¹⁷ MORÍN, ALEJANDRO (2001) “Suicidas, Apóstatas y Asesinos. La desesperación en la Séptima Partida de Alfonso El Sabio”. Edición Hispana, LXI/1, núm. 207. (Recuperado de <http://hispania.revistas.csic.es>)

se consideraba que es desesperado el que se condena a sí mismo por no darse una oportunidad.

La Edad Moderna y Contemporánea

En el Renacimiento se empezaba a cuestionar si el suicidio debía ser penalizado. Así, tras la revolución francesa se consagró la despenalización en algunos países europeos. Por ello, en el *Código Napoleónico* (1804) no aparece castigado el suicidio, ni si quiera se hace mención de este. Si hubiese sido penalizado, el propio Napoleón habría sido culpable, pues este intentó suicidarse tras ser encarcelado, usando como medio veneno que guardaba en su amuleto.

Como ejemplo sobre el cambio de pensamiento social hacia el suicidio, Emile Durkheim, en su obra “*Le Suicide*”¹⁸, trata el suicidio como un problema social y así divide la causa del suicidio en: el egoísta, el altruista, el atómico, y el fatalista.

A medida que se produce un cambio de mentalidad sobre las causas del suicidio, se empieza a experimentar con más fuerza el deseo de conocer, lo que lleva a la Psiquiatría y a la Neurociencia a buscar el diagnóstico de tal hecho.

La OMS informa de la creciente preocupación por este hecho, ya que al año se producen unas 800.000 muertes por suicidio, obviando la cifra negra y las muertes consideradas accidentes que podría ser suicidios.¹⁹

Aun teniendo gran información sobre este hecho, sigue siendo un tema tabú en el cual muchas familias que han sufrido el hecho siguen sintiendo vergüenza y lo sufren como si de un estigma se tratase.

2.2 Mitos

Según la OMS, algunos de los mitos sobre el comportamiento suicida son los siguientes²⁰:

Mito Primero: *El que se quiere matar (suicidar) no lo dice*. Esta frase solo nos indica la falta de atención que se produce respecto al sujeto que desea su propia muerte, puesto que siempre hay señales que nos indican que pueden existir este tipo de ideas. La OMS enumera que de cada diez personas que se suicidan, nueve expusieron claramente sus intenciones y el otro dejó entrever su propósito.

Mito Segundo: *El que lo dice no lo hace*. Como deja claro la OMS en su anterior criterio científico, la mayor parte de las personas que desean su muerte lo expresan y posteriormente

¹⁸ DURKHEIM, ÉMILE (1897) *Le Suicide. Estudio de sociología*. 2ªEdición, Paris, Editor Félix Alcan. Paris.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2018) *Suicidio*. Editado por Centro de Prensa (Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>)

²⁰ RUÍZ GARCÍA, EVA SORAYA (2017) *Unidad didáctica 2 - Centro de altos estudios policiales*, XXVI curso de ascenso a la categoría de oficial de policía.

lo llevan a cabo. Por tanto, este criterio es equivocado ya que lleva a creer que estas ideas suicidas son chantajes, manipulaciones, alardes, etc. que tiene el sujeto con el fin de conseguir algún beneficio para sí.

Mito Tercero: *Los que intentan el suicidio no desean morir, solo hacen el alarde.* Es equívoco pensar así, puesto que se entorpece la ayuda a los sujetos que atentan contra su propia vida. Según la OMS, las personas que atentan contra su vida son aquellas que han fracasado en sus mecanismos de adaptación social y que como única alternativa que creen tener es atentar contra su vida.

Mito Cuarto: *Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues solo quieren llamar la atención.* La OMS indica que los terapeutas deben tener en cuenta todas aquellas declaraciones sobre ideas suicidas, tratar el tema con cautela y siempre tomarlas en cuenta.

Mito Quinto: *El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia.* Si, como antes se ha indicado, muchos suicidas dan algún tipo de advertencia tanto verbal como conductual, por lo que esta idea puede haber sido considerada durante algún tiempo.

Mito Sexto: *Los suicidas de verdad quieren morir o están resueltos a matarse.* Como criterio científico, la OMS apunta que la mayoría de los suicidas han llamado a alguna línea telefónica de crisis o al médico de familia, o por al menos se lo han indicado a una persona. Ello constituye una prueba de ambivalencia, no de prueba irrevocable de matarse.

Mito Séptimo: *Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.* Como indican los psiquiatras, uno de los momentos más críticos es justo después del intento o de la crisis suicida. Según la OMS, el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro; el suicida sigue estando en situación de riesgo.

Mito Octavo: *El suicidio es siempre hereditario.* Este criterio puede ser certero en aquellos casos en los que la depresión es común en la familia, aunque no es el único factor que influye y aunque un sujeto sufra depresión no tiene por qué tener ideas suicidas.

Mito Noveno: *Las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental.* Existen casos en los que no aparece ningún trastorno mental evidente o diagnosticado, sino que se presentan como impulsos en momentos críticos para la persona.

Mito Décimo: *Si se reta a un suicida no lo realiza.* Retar al suicida es un acto irresponsable, ya que la fragilidad de esta persona puede conllevar a afianzar la idea del suicidio y provocar su consumación. Por ello, el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil junto con Psiquiatras expertos han desarrollado protocolos para actuar ante los intentos de suicidios.

Mito Undécimo: *Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.* Esta falsa afirmación conlleva a que las personas que rodean al sujeto con ideas suicidas eviten tratar el tema. Hablar del tema de forma natural ayuda a reducir el peligro de que se consume el suicidio.

Mito Duodécimo: *Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra su vida pueden atentar contra la vida de otros.* Según la OMS, el suicidio por lo general es un acto auto destructivo, lo que nos indica que el sujeto solo desea atentar contra sí mismo. Aunque existen algunos tipos de suicidio -suicidio ampliado- en el que el sujeto atenta contra la vida de otros antes de suicidarse.

Mito Decimotercero: *Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidios.* Estamos ante el mismo caso que en el mito séptimo, ya que según la OMS las personas que atravesaron una crisis cumplieron la consumación del hecho cuando todos creían que el peligro había pasado.

Mito Decimocuarto: *El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, solo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.* Criterio equivocado puesto que aquellas personas con verdadera intención de ayudar consiguen iniciar una primera prevención al escuchar al sujeto y demostrarle su apoyo.

2.3 La conducta suicida. Definiciones.

Tras haber desenmascarado algunos mitos que circulan en la sociedad sobre el suicidio, se tratará la conducta suicida con el fin de conocer las posibles causas o factores que conllevan a estos sujetos a atentar contra sí mismos.

La prioridad es evitar que el suicidio sea un tema tabú, ya que los psicólogos, psiquiatras y educadores apuntan que muchas defunciones por suicidio pueden ser evitadas simplemente con intentar ayudar y escuchar a la persona con ideas autodestructivas.

Para estudiar en profundidad los comportamientos que conducen al sujeto a llevar a cabo la conducta suicida se debe comenzar por definir una serie de términos de suma importancia:

Parasuicidio: también conocido como “Gesto suicida”. Es el conjunto de conductas voluntarias e intencionales que el sujeto ejecuta con el único fin de causarse daño físico, y cuyas consecuencias son el dolor, la desfiguración y la mutilación, pero sin intención de acabar con su vida. La finalidad que subyace al parasuicidio es que la personas que llevan a cabo estas conductas desea obtener algún tipo de beneficio (llamar la atención, evitar el abandono, conseguir un puesto de trabajo, etc.)

Ideas suicidas: la persona concibe el suicidio como una solución real, pero aún no ha ideado el plan.

Crisis suicida: el sujeto percibe el suicidio como única solución, así que a nivel psíquico se activan un conjunto de impulsos de muerte que le llevan a elaborar un plan suicida.

Suicidio consumado: el plan suicida se ha llevado a cabo, lo que ha dado lugar a la muerte del sujeto.

Suicidio frustrado: el plan suicida se ha llevado a cabo, pero no ha conducido a la muerte del sujeto.

Tentativa de suicidio: el plan suicida se ha llevado a cabo, por tanto existe propósito de muerte, pero el criterio o medio autoinfligido no es el adecuado.

En el año 2007, Silverman et al.²¹ hicieron una revisión de las definiciones propuestas por O'Carroll, concluyendo que se debían introducir algunos aspectos clave. La comunicación suicida es el acto llevado a cabo por el suicida, de modo verbal o escrito, donde transmite sus pensamientos, deseos e intenciones de acabar con la propia vida. La comunicación suicida acontece entre la ideación suicida y la conducta suicida. Silverman et al. diferencian entre dos tipos de comunicación suicida: a) la amenaza suicida que hace referencia a la predicción de la acción futura; b) el plan suicida.

Se pueden diferenciar algunos tipos de suicidio:

Suicidio asistido. Conocido comúnmente como Eutanasia, que consiste en la administración de medicación a enfermos terminales con el fin de acabar con su sufrimiento. En nuestra legislación no se encuentra regulado actualmente. En el artículo 143 del CP²² se castiga a aquel que coopere para conducir a la muerte del sujeto suicida.

Suicidio indirecto. El individuo que quiere quitarse la vida se expone de forma voluntaria a situaciones de riesgo o peligro, de forma que el mecanismo de muerte es puesto en marcha por otra persona.

Suicidio racional. Suicidio fríamente decidido por una persona que recibe los adecuados cuidados paliativos y apoyo moral para su enfermedad.

Suicidio irracional. Suicidio impulsivo, sin reflexión. Propio de los adolescentes.

Suicidio silencioso. Intención enmascarada de acabar con la propia vida mediante métodos no violentos, como por ejemplo beber alcohol, consumir drogas tóxicas, o abandonar necesidades básicas como comer y dormir.

Suicidio ampliado. Cuando la persona ha decidido llevar a cabo la conducta autoagresiva y previamente acaba con la vida de otras personas de su entorno, generalmente el cónyuge y/o los hijos. Es muy característico de los cuadros depresivos y en los casos de violencia de género.²³

²¹ O'CARROLL PW, BERMAN AL, MARIS RW, MOSCICKI EK, TANNEY BL, SILVERMAN M. (1996) *Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology*. *Suicide Life Threat Behav.* 26(3): 237-52.

²² JEFATURA DEL ESTADO (2015) *LO 10/1995, de 23 de noviembre, modificada el 28 de octubre de 2015, del CP*. (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.l2t1.html)

²³ Clínica Universidad de Navarra (2017) *Diccionario Médico*. (Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico>)

2.4 Factores de riesgo

Múltiples son los factores que llevan a una persona a cometer un acto suicida. Los más importantes son los sociales, culturales, y psicológicos, pues la interactuación de todos ellos resulta ser un cóctel que prepara al sujeto para tal conducta.

Según la OMS, la estigmatización social es la causa más común junto con los trastornos mentales. Asimismo, señala que la ideación o el acto suicida obedece a un origen multicausal, en el cual confluyen tanto circunstancias endógenas como exógenas. Por lo tanto, la conducta suicida no es fruto de una situación problemática aislada.

Podemos resumir los factores endógenos y exógenos de la siguiente forma:

Factores				
Endógenos	Psíquicos	trastornos y enfermedades mentales	dependencia de sustancias	personalidad
	Físicos	minusvalías	discapacidades	hospitalizaciones frecuentes
Exógenos	Sociales	falta de afecto	falta de amistades o amistades peligrosas	falta de trabajo o presión laboral
	Familiares	conflictividad	falta de afecto	desestructuración familiar
	Culturales	discriminación	no adaptación a la cultura dominante	

Tabla 1. Factores endógenos y exógenos. Elaboración propia.²⁴

Para autores como Cervantes y Melo Hernández, otro factor importante es el socioeconómico. Aquí se englobaría el desempleo el bajo nivel educativo como un factor de riesgo importante, especialmente si la escasez económica es prolongada.²⁵

²⁴ Tabla 1 Factores endógenos y exógenos del suicidio. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de La Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (Recuperado de: http://www.guia-salud.es/egpc/conducta_suicida/resumida/documentos/apartado02/factores_asociados.pdf)

²⁵ CERVANTES, W., & MELO HERNÁNDEZ, E. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. (Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/in-dex.php/duazary/article/download/669/629>)

Turecki propone el *Modelo Integrativo*, donde el suicidio consumado se encuentra relacionado con la impulsividad y la agresividad. Así los factores biológicos definen un endofenotipo de conducta suicida, con eventos traumáticos durante el periodo infantil y adulto, y la acumulación de experiencias negativas.²⁶

Gutierrez García et al.²⁷ exponen el Modelo Diátesis-estrés que hace referencia a una multi-causalidad del riesgo suicida, el cual está causado por la interacción entre los genes y el ambiente.

Según Ramírez y Naranjo, algunos factores psicosociales asociados al suicidio son duelos, dificultades familiares o de pareja, desempleo, jubilación, divorcio o viudez, diagnósticos de enfermedades graves, trastorno mental, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol.²⁸

Silverman et al.²⁹ en sus diferentes estudios, evidencian que es de vital importancia la identificación de cuáles son los factores que hacen propensa a una persona a cometer actos suicidas o autodestructivos. Según estos autores, el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes; si bien, se debe tener en cuenta que algunos factores tienen mayor peso que otros. Hacen una clasificación entre cuatro tipos de factores de riesgo:

Factores de riesgo individuales: intentos de suicidio previos, abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas, depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia, factores psicológicos (desesperanza y rigidez cognitiva), edad (a mayor edad mayor probabilidad de suicidio), sexo (mayor tasa en hombres que en mujeres), enfermedades crónicas o discapacitantes.

Factores de riesgo familiares y conceptuales: historia familiar de suicidio, sociales y ambientales, historia de maltrato físico o abuso sexual.

Factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida: eventos vitales estresantes (cambios en el estado civil, pérdidas personales o financieras, problemas legales y acontecimientos negativos), fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos, acoso por parte de pares (acoso escolar o laboral).

Factores protectores: personales (resolución de conflictos, confianza en uno mismo, habilidad para las relaciones sociales e interpersonales), sociales (apoyo familiar, integración social) o medioambientales (creencias y prácticas religiosas). Estos factores son aquellos en los

²⁶ TURECKI, G. (2005) Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. (Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1277022/>)

²⁷ CANTORAL, D., & BETANCOURT, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. (Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1257>)

²⁸ RAMÍREZ, L.A., & NARANJO, C.A. (2014). Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. En Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones a causa externa en Colombia. (Recuperado de: <http://www.medicinallegal.gov.co/.../Forensis.../2014.../9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab9>)

²⁹ O'CARROLL PW, BERMAN AL, MARIS RW, MOSCICKI EK, TANNEY BL, SILVERMAN M. (1996) Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 26(3):237-52.

que se debe hacer hincapié a la hora de actuar para prevenir estas conductas, tanto en casos en los que aún no se ha llegado a la consumación como en los casos en los que ya se ha producido el acto suicida pero la persona ha sobrevivido. El aumento de la autoestima junto con el apoyo de las personas de su alrededor hará en el sujeto cambiar de opinión respecto a los pensamientos negativos que valoran su vida actual. Es de suma importancia saber detectar conductas que pueden desencadenar un suicidio, para realizar terapias o talleres que no sólo tengan en cuenta al sujeto, sino que también entre en juego las personas de su alrededor (familiares, docentes, amistades, compañeros de clase o de trabajo, etc.).

Como se puede observar, tanto la OMS como Silverman et al. y otros muchos autores, las clasificaciones que se hacen sobre los factores de riesgo suelen ser las mismas, y todas estas clasificaciones dan mayor importancia a los factores familiares y sociales. Los acontecimientos considerados como muy dolorosos, los denominados *acontecimientos psico traumáticos*, junto con los factores (endógenos y exógenos), pueden conducir a la autodestrucción de la persona.

Las situaciones psico traumáticas llevan aparejadas emociones que la persona que las siente le cuesta aceptar; así aparece la falta de adaptación de las emociones en un sujeto y sufrir la incomprendición social. En muchas ocasiones, esta inadaptación se traduce en conductas autolesivas. Según Conterio y Lader³⁰ las lesiones autoinfligidas son “un lenguaje específico de dolor que comunica el sufrimiento del pasado y el trauma actual, que se expresa en voz alta mediante la repetición de lesiones infligidas en el propio cuerpo que representan las lesiones ocasionadas por la situación traumática original”.

Es decir, la conducta autolesiva evoca situaciones del pasado que dan psicológicamente a la persona y que necesitan ser expresadas, por ello la automatización aparece como reacción a las emociones negativas incontrolables.

La conducta autolesiva sigue un ciclo repetitivo:



³⁰ CONTERIO, K., & LADER, W. (1998). Daño Corporal: El innovador programa de tratamiento para quienes se autolesionan. Editado por Hyperion Press, New York

Figura 2. Ciclo repetitivo de la conducta autolesiva. Elaboración propia.³¹

Simeon y Favazza³² propusieron una clasificación de la presentación que tienen las conductas autolesivas:

Conductas auto lesivas mayores. Son las que producen un grave daño titular. Se producen de manera impulsiva y cruenta.

Conductas auto lesivas estereotipadas. Son comportamientos repetitivos como agitar la cabeza, morderse los labios, la lengua, mejillas y manos, tirarse de pelo, y rasguños continuos.

Conductas auto lesivas compulsivas. Su intensidad va de leve a moderada, son repetitivas, que acaban convirtiéndose en actos automáticos. Son comportamientos como rascarse el pelo produciéndose excoriaciones en el cuero cabelludo.

Conductas auto lesivas impulsivas. La intensidad fluctúa entre leve y moderada pudiendo acabar siendo grave y se puede producir a diario, sin permitir una posible recuperación del tejido dañado. Son comportamientos como cortes o quemaduras en la piel, o clavarse objetos punzantes.

La explicación a por qué las personas se auto lesionan es fácil, el dolor físico distrae al cerebro del dolor emocional, así el sujeto puede evadirse temporalmente (puede ser un periodo largo o corto dependiendo de la intensidad de la lesión) de emociones y sentimiento intolerables. Además, y como se ha expuesto anteriormente, la persona comunica de esta manera que padece un dolor emocional insoportable. Podría considerarse una forma de pedir ayuda por el suicida, pero de manera inconsciente.

De todo lo anteriormente expuesto se pueden deducir dos premisas:

Dentro de la conducta suicida hay que prestar atención a la consumación del suicidio y a la cantidad de matices autoadhesivos en dicha conducta, que resultan innecesarios para poner fin a la propia vida (agresiones autolesivas).

La conducta suicida está integrada por dos elementos: a) Criterio autoinfligido que es la propia acción violenta; b) Criterio propósito que hace referencia a la finalidad de muerte voluntaria.

La presencia de ambos criterios o la ausencia de uno de ellos determina cómo puede presentarse la conducta suicida.

2.5 Grupos de riesgo

³¹ Figura 2 Ciclo repetitivo de la conducta autolesiva. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de La autogestión: posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso. (Recuperado de: http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf)

³² FAVAZZA AR. (1990) Treatment of patients with self-injurious behavior. Am J Psychiatry. 147: 954-5.

Los factores estudiados por Silverman et al. anteriormente expuestos se deben combinar con el factor personalidad actualmente definido. La conducta suicida surge de una combinación de factores de la personalidad, tales como diversos trastornos psicopatológicos y aquellos trastornos socioeconómicos, derivados del ambiente, el nivel social del sujeto y otras causas exógenas.

Las personas con trastornos psicopatológicos son considerados grupos de riesgo respecto a las probabilidades de cometer suicidio o conductas auto lesivas, pero la preocupación por este riesgo se agudiza en aquellos rangos de edad como la adolescencia o la ancianidad, donde en los últimos años se ha notado un creciente aumento en los casos de intento de suicidio y suicidio consumado.

Diferentes estudios a lo largo del siglo XX y XXI han intentado aportar luz a cuáles son los factores que hacen propensa a las personas al suicidio. A continuación, se exponen aquellas teorías de mayor interés y mayor proximidad a los estudios actuales.

La *Fenomenología* es una corriente filosófica y psicológica que estudia los fenómenos que son percibidos de modo consciente por el ser humano. Esta corriente trata de transformar de modo reduccionista todo un fenómeno orientado a la conciencia humana (Husserl)³³, Shneidman³⁴, desde esta perspectiva fenomenológica, considera que los factores más importantes en la persona suicida son la hostilidad, la perturbación, la constrección y el cese. Pueden ser consideradas como los distintos rasgos que una persona sufre, y estos se refieren a:

La hostilidad dirigida hacia sí mismo, cuando se produce la conducta suicida aumenta considerablemente. Es decir, existe de manera continua una hostilidad hacia su persona que va tomando más importancia a medida que se idea la conducta suicida y en el momento de cometer tal acto.

La perturbación es el grado en el que una persona se encuentra con respecto a una preocupación e inquietud asociada a una emoción negativa (tristeza, miedo, etc.).

La constrección se encuentra relacionada con la percepción que tiene una persona sobre la realidad, es decir, es cómo el sujeto percibe los fenómenos que se producen a su alrededor. Si los elementos percibidos son negativos, como ocurre en el caso suicidio, se produce lo que el autor denomina “visión túnel”, el pensamiento se torna dicotómico.

Según el autor, si se produce la combinación de los tres rasgos, la posibilidad de que el sujeto cometa actos autodestructivos aumenta y se puede propiciar la conducta auto lesiva. Seligman³⁵ propone la *Teoría de la Indefensión Aprendida*, que en el caso del suicidio consiste en

³³ GARCÍA-BARÓ, M. (1997). *Husserl (1859-1938)*. Madrid. Ediciones del Orto.

³⁴ SHNEIDMAN, E.S. (1976) *Psychological Theory of Suicide*. *Psychiatr Ann*; 6 (11):51-56.

³⁵ SELIGMAN, M.E. (1975) *Helplessness: depression, development and death*. New York: W H Freeman.

que el sujeto interioriza una carencia de control de las propias conductas y expectativas que le llevan, según Quintanilla et al.³⁶a un estado depresivo y de desesperanza.

Otro modelo que concuerda con los pensamientos actuales sobre el suicidio es el *Modelo de Sobreposición*, donde se proponen cinco factores de riesgo que son: los trastornos psiquiátricos, los rasgos y trastornos de la personalidad, los factores psicosociales y ambientales, las variables genéticas, familiares y, por último, los factores biológicos.

Emile Durkheim y su obra “*Le Suicide*”³ explora la conducta suicida y los distintos factores que pueden producir estos comportamientos. En este estudio, se tratan los comportamientos suicidas o auto lesivos en referencia a la anomia social. Es decir, los individuos necesitan normas que regulen sus actos. En este sentido, cuando se produce la pérdida de las normas tradicionales que regulan las emociones y pasiones de los sujetos, la sociedad se perturba y aparecen comportamientos mal adaptativos y consecuentemente el suicidio que es percibido como única solución para reaccionar a dicha anomia. En las propias palabras de Durkheim: el suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse este resultado”.

Basándose en los estudios de E. Durkheim, Murphy³⁷ relacionó la *Teoría de la anomia* con la personalidad egocéntrica, entendida como una falta de integración sociocultural. Así llegó a la misma conclusión que su antecesor para dar explicación al suicidio.

Pero todas estas teorías se orientan a la población en general, sin concretar cuáles solos factores que operan en un grado u otro de madurez cognitiva y social.

Los grupos que más miedo y preocupación provocan actualmente son los **adolescentes** y los **ancianos**, pese a que el grupo social que más propensión tiene al suicidio se encuentra en la edad adulta, entre los 40 y los 54 años.

La **adolescencia** es una época de grandes cambios por el que todo ser humano debe pasar. Esta edad comprendida entre la pubertad y los 20 años inicia al sujeto en la vida adulta. De esta manera, el adolescente desea ser autónomo, tomar sus propias decisiones, aunque en la mayor parte de los ámbitos de su vida dependa de los padres y otros adultos de su alrededor.

A las ganas de autonomía, se suman los cambios externos, es decir, los cambios corporales. La percepción de uno mismo va variando a medida que se producen cambios físicos, creando inseguridades, torpeza, miedo al rechazo, y otras emociones negativas. Esto afecta al plano sexual, ya que si el adolescente cree o percibe que no es atractivo o es rechazado, le costará establecer una relación con el otro. También se produce la identificación sexual, que a veces se distorsiona por el miedo a qué pensarán los demás.

³⁶ QUINTANILLA MONTOYA, ROQUE ET AL. (2003) *Desesperanza y tentativa suicida. Investigación en salud;* 5(2):113-116.

³⁷ MURPHY, H.B.M.(1982) *Comparative Psychiatry*. Berlin & New York: Springer.

En lo social y familiar, el adolescente ha renacido en una nueva vida, aquella que le exige ser adulto y tener cierta madurez para algunos aspectos (responsabilidades), pero en contraposición, en otras ocasiones se le sigue tratando como un adulto. Esta ambivalencia provoca confusión, rabia, impotencia, y crea la necesidad imperiosa de ser escuchado y tenido en cuenta.

Por todo ello, el adolescente se siente criticado, evaluado y vigilado por el mundo adulto. En algunas ocasiones estos sentimientos provocarán impulsividad e hipersensibilidad (emociones apasionadas e incontrolables), además de una impaciencia difícil de controlar. Todo ello confluye en un desequilibrio y un estado de conflicto en una única persona y con sentimientos únicos, todo un reto para la sociedad adulta. Cuando los adolescentes visualizan que el mundo que les rodea no les entiende, que los problemas crecen, intentan buscar una salida. El suicidio se entiende como un deseo de cambio del adolescente, una forma de expresar un sentimiento de impotencia y reaccionar contra este.

En el punto 2.6 se exponen una serie de fases que atraviesa el suicida, pero son unas fases exportadas a toda la sociedad, es decir, tanto a adultos como a menores de edad. A continuación, y según G. Bouchard³⁸, el proceso suicida se divide en cinco momentos:

Búsqueda de soluciones (etapa común a cualquier crisis). Cuando la persona tiene un problema, busca una serie de soluciones posibles que conlleven un menor gasto emotivo. Así, habrá personas que encuentren varias soluciones o estrategias para resolver dicho problema, y habrá otras que no encuentren solución alguna. Pero en esta fase aún no se contempla la idea del suicidio.

Ideación suicida. La imaginación de aquellos que no encuentran soluciones posibles o eficaces se torna hacia ideas negativas. De manera súbita y breve aparece la idea de muerte.

La rumiación. La posibilidad de dar solución al problema se ve más lejana y la idea de muerte aparece con mayor frecuencia. En este momento, crece la angustia que aviva el sufrimiento y el dolor de la persona.

La cristalización en la cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio se toma como única solución y se produce la planificación. Los adolescentes en este momento del proceso muestran un sentimiento de aislamiento. Sólo falta que aparezca el momento idóneo para llevar a cabo su plan suicida.

El elemento desencadenante. El acto se vuelve inminente. El elemento desencadenante es cualquier evento que para el adolescente represente aquellos sentimientos negativos acontecidos a lo largo de su vida.

Numerosos autores exponen que hay tres tipos de motivación en la conducta suicida adolescente:

³⁸ BOUCHARD, G.(2011) *Le Suicide a l'adolescence*. Editorial Agora, Nº59, Editado por L'Harmattan

Motivación racional. Conlleva que confluyan dos elementos: por un lado, que exista una amenaza exterior y por otro lado que hay ausencia de psicopatología. Es decir, el suicidio es una decisión racional. Por ejemplo, en los casos de eutanasia donde el dolor que sufre una persona con una patología terminal es insoportable y le lleva a decidir acabar con su vida.

Motivación pulsional. Existe una psicopatología clara. El momento de rumiación es constante. Por ejemplo, casos de esquizofrenia.

Motivación impulsiva. Es la motivación más peligrosa, no existe decisión racional, sino que el adolescente actúa bajo un estado de tensión agudo. El acto suicida en este tipo de motivación se puede definir como una reacción espontánea a una angustia continuada. Por ejemplo, pacientes con depresión.

Aunque la motivación es clasificada, la intención puede ser tan diversa como sujetos piensen en el suicidio. La intención según la Real Academia de la lengua Española significa propósito³⁹, por lo que cuando hablamos de intención respecto al suicidio estamos buscando el sentido que le atribuye el adolescente a tal acto. Algunos adolescentes entienden el suicidio como una fantasía, es una expresión de necesidad de cambio, para otros es la única salida a un profundo problema del cual no encuentran una solución posible. Para otros adolescentes la creencia en la reencarnación está presente y por ello creen que su situación puede mejorar si pasan a su siguiente vida. Y otra razón puede ser la necesidad de tomar el control de su vida, ese control que ejercen los adultos que le rodean. Por tanto, el acto suicida no tiene el único fin de acabar con su vida, sino de escoger cómo morir.

Para Moury Samy⁴⁰ identifica el comportamiento suicida con un acto de desesperanza y de impotencia, pero también a nivel fantasía, lo entiende como una forma de control y renovación.

Como anteriormente se ha expuesto, el caos que sobreviene a un adolescente al pasar a la vida adulta crea un caos social, psicológico y familiar, por lo que el sujeto busca darle sentido a sus sentimientos. La ambivalencia es un factor común en el suicidio, sobre todo en los adolescentes que son en quienes confluyen emociones y sentimientos de manera apasionada e incontrolable.

La inexperiencia ante los problemas del mundo adulto provoca emociones negativas que asustan a los adolescentes.

³⁹ REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA (2010) *Diccionario panhispánico de dudas*. (Recuperado de: <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=intenci%F3n>)

⁴⁰ LADAME, F., RAIMBAULT, G. y SAMY, M.H (1991). *Adolescence et Suicide. Epidémiologie, Psychodynamique, Intervencions*. París, Editor ESF

Sin embargo, los ancianos tienen otras motivaciones menos impulsivas que los adolescentes. En muchos de los casos, el sentimiento de aislamiento o soledad rodea al acto suicida. Bajo estos sentimientos se encuentran una serie de factores de riesgo⁴¹:

Factores médicos: enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes o discapacitantes; así como la hospitalización frecuente, o padecer enfermedades depresivas.

Factores psiquiátricos: depresión, trastorno bipolar, abuso de drogas o alcohol, psicosis, confusión mental y trastornos de la personalidad.

Dentro de los factores psiquiátricos, la depresión es el factor que con mayor frecuencia se presenta en los casos de suicidio. Así se hace una diferenciación de la etiología depresiva⁴²:

- Depresión que se presenta como un aparente envejecimiento normal. Se confunde habitualmente con una vejez normal, ya que la sintomatología cuenta con falta de interés, falta de vitalidad, melancolía, pérdida de peso, trastornos del sueño, etc.
- Depresión que se presenta como una enfermedad física, somática u orgánica.
- Depresión que se presenta como una enfermedad psiquiátrica no depresiva. Aparecen signos paranoides.
- Depresión que se presenta como una enfermedad psiquiátrica depresiva. Pérdida de autoestima, lentitud psíquica, ideas suicidas continuas y persistentes.

Factores psíquicos: duelo reciente, sentimientos de soledad e inutilidad, inactividad, aburrimiento, falta de proyectos vitales, emotividad, melancolía y la carencia de relaciones sociales.

Factores familiares: pérdida de seres queridos, migración forzada del anciano de un familiar a otro, el ingreso en centros residenciales, estado civil, falta de descendencia, situación económica penosa.

A parte de estos factores, se deben tener en cuenta los *factores socioambientales*. Son aquellos que hacen referencia a la situación de los centros residenciales de ancianos. Se debe mejorar la situación de los residentes, favorecer protocolos que mejoren su autonomía y mantener la dignidad de la persona y mejorar su calidad de vida. Estas mejoras no solo ayudan a la detección de la ideación suicida, sino que también pueden prevenir dicha planificación. Esto es de suma importancia, ya que los ancianos comunican con menos frecuencia sus intenciones, que los adolescentes y los adultos.⁴³

⁴¹ SANCHEZ, EZEQUIEL - Centro Asistencial San Camilo (2013) *Conferencia de CASC: El suicidio en ancianos*. (Recuperado de: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/El_suicidio_en_ancianos.pdf)

⁴² PÉREZ BARREO, SERGIO ANDRÉS (2012) *Factores de riesgo suicida en el anciano*. Cuba, Sección de Suicidiología, Sociedad Cubana de Psiquiatría.

⁴³ SANCHEZ, EZEQUIEL - Centro Asistencial San Camilo (2013) *Conferencia de CASC: El suicidio en ancianos*. (Recuperado de: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/El_suicidio_en_ancianos.pdf)

Según Sergio A. Pérez, los rasgos distintivos en la conducta suicida de los **ancianos** son:

- Los ancianos realizan menor número de intentos de suicidio que los jóvenes.
- Los métodos utilizados son mortales (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación).
- Comunican con menor frecuencia sus ideas de suicidio. Aunque una de las formas en las que expresan estas intenciones es que “no quieren ser una carga”.
- No existe impulsividad en los actos suicidas, ya que reflexionan sobre su situación personal, familiar y social.
- En algunos casos se producen suicidios pasivos, es decir, el abandono de necesidades básicas (encamarse, no ingerir alimentos, dejar la medicación para sus patologías).

Las personas con adicciones (consumo de alcohol o sustancias tóxicas), también forman parte del grupo de riesgo (punto 2.5).

Un estudio realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid⁴⁴ enumera que las posibles causas podrían ser las siguientes:

- Las mujeres son más precoces a la hora de mostrar ideaciones suicidas, pero también expresan con más frecuencia la aparición de las mismas. También piden ayuda a Salud Mental con más frecuencia que los hombres.
- Las mujeres intentan suicidarse 3 veces más que los hombres, pero los hombres consumen el suicidio con mayor frecuencia⁴⁵.
- Los hombres se escudan en afirmaciones tales como: “Los hombres son fuertes”, “Llorar es de mujeres”, les cuesta más pedir ayuda que a las mujeres. Por tanto, uno de los factores que falta en la personalidad del hombre es la habilidad de comunicarse y aceptar las soluciones que otros les ofrecen.
- El hombre tiene la idea concebida de que debe cumplir con un rol impuesto, es decir, debe ser el más fuerte, el más exitoso, el menos miedoso, etc.. Esta idea que abunda en la población masculina, es en muchas ocasiones causa de suicidio, al ver el sujeto que no consigue las expectativas que se esperan de él. Para Williams et al. la vulnerabilidad es un tema tabú para el hombre, que tiene un gran coste a nivel individual.

La reproducción para el hombre es un signo de virilidad y masculinidad; sin embargo, aquellos varones que no pueden tener descendencia se sienten “menos hombres”, esto les provoca depresión, baja autoestima, se infravaloran, lo que en puede llevarles a cometer comportamientos suicidas.

Estas diferencias son resumidas en la definición que da Gilmore⁴⁶ del hombre: “protector”, “preñador” y “proveedor”, lo que denomina *Teoría de las tres P.*

⁴⁴ COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID (2017) *Suicidio y género*. (Recuperado de: <https://www.redaipis.org/wp-content/uploads/2015/02/Suicidio-y-ge--nero.pdf>)

⁴⁵ JALÓN, E. G., & PERALTA, V. (2002). *Suicidio y riesgo de suicidio*. Anales Sis San Navarra Vol. 25, Suplemento 3, 87-96.

⁴⁶ GILMORE, D. (1994). *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós.

Como de los estudios se deduce, la causa para responder a por qué los hombres se suicidan más que las mujeres, es un factor cultural y social, basado en un rol equívoco sobre la masculinidad.

En otras ocasiones, aparecen trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias, historial de violencia y trastornos de la personalidad (analizados en el punto 2.4).

En cuanto a las adicciones al consumo de sustancias tóxicas y alcohol, los hombres consumen más que las mujeres, lo que podría dar una explicación a que la tasa de suicidios masculinos sea más elevada que la femenina.

La violencia, otro factor con graves consecuencias. Este es el caso de la violencia de género, donde el victimario tras cometer las agresiones violentas o el asesinato contra la pareja se suicida. Aquí también se incluyen los actos suicidas terroristas.

Una de las preguntas que se debe hacer la sociedad no es por qué las personas se suicidan, sino ¿usted por qué no se suicida? Pues bien, responder a esta pregunta nos dará las posibles soluciones a este problema de salud universal. Según Carmen tejedor⁴⁷ -psiquiatra-, “*nadie que es feliz se suicida*” a lo que suma “*para ser libre hay que tener un equilibrio emocional, pero el que se suicida es que no tiene otra salida, luego no hay libertad*”.

2.6 Fases de la conducta suicida

Existen una serie de fases que atraviesa aquella persona que decide atentar contra su vida, con el fin de acabar con la misma:

1ª Fase de consideración: el sujeto vive una situación considerada angustiosa y dolorosa, por lo que se plantea la posibilidad de acabar con su vida. En esta fase se producirán una serie de conductas que nos pueden indicar que el sujeto necesita ayuda.

2ª Fase de ambivalencia: el suicida se debate entre la vida y la muerte; por un lado, quiere vivir, pero únicamente si las condiciones le benefician. Por otro lado, si la situación no propicia una vida estable o deseable para la persona, esta se planteará si la vida merece la pena, llegando a ver el suicidio como solución factible. Los psiquiatras puntualizan que es más importante trabajar con la parte que quiere vivir, a intentar solucionar o comprender la parte del sujeto que desea morir.

3ª Fase de decisión: aquí se produce la crisis suicida y la realización del plan suicida. En esta fase aparecen una serie de abusos indirectos que suelen producir una despreocupación por parte de aquéllos que rodean al sujeto. Por ejemplo: una mejoría en su estado depresivo, una preocupación excesiva por el testamento propio, o una preocupación por aspectos económicos, son algunas de las conductas que nos sirven de indicativo.

⁴⁷ TEJEDOR, CARMEN (2009) *Yo nunca he encontrado libertad en un suicida.* (Recuperado de: <http://lescongresos.blogspot.com/2009/06/carmen-tejedor-psiquiatra-dirige-el.html>)

Lo principal en esta fase es conseguir que la persona retroceda a la fase de ambivalencia y reconsideré su decisión.

Se ha comprobado que el periodo de mayor riesgo tras el alta hospitalaria son las cuatro semanas siguientes. Se podría explicar este riesgo por la pérdida de percepción de apoyo, menor supervisión, recaída al verse nuevamente expuestos a problemas en el medio habitual, abandono del tratamiento, o que simplemente no estén del todo recuperados, con lo cual se justifica la importancia del mantenimiento del tratamiento, adecuado apoyo comunitario, atención especial a los signos precoces de recaída y diseño de planes que mitiguen el riesgo.⁴⁸

Para Castro-Díaz et al.⁴⁹, existe mayor riesgo de suicidio en los primeros meses después de ser diagnosticado de algún trastorno afectivo, depresión psicótica y trastorno bipolar.⁵⁰ El riesgo aumenta en los primeros días o semanas de inicio de un tratamiento farmacológico, ya que en dicho periodo suele empeorar la sintomatología⁵¹, y en los días siguientes al alta hospitalaria y la semana después de salir del hospital.⁵²

También se han encontrado evidencia de que a mayor número de trastornos mentales comórbidos es mayor el riesgo del suicidio: depresión, ansiedad, trastorno bipolar, abuso de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad y esquizofrenia.⁵³

2.7 Mecanismos de autolisis

Uno de los grandes problemas con respecto al suicidio, es la facilidad de conseguir métodos para llegar al fin de acabar con la propia vida. No es necesario el uso de métodos complejos. No son necesarias armas de fuego las cuales son difíciles de conseguir, simplemente con métodos caseros (sogas, cuchillos) o tóxicos (medicamentos, lejía, amoniaco) puede producirse el acto. También es común arrojarse al vacío desde una altura considerablemente peligrosa para la vida. Es decir, existen múltiples métodos para el suicidio, fáciles de conseguir.

⁴⁸ GOLDACRE, M., SEAGROATT, V., & HAWTON, K. (1993). *Suicide after discharge from psychiatric inpatient care*. (Recuperado de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(93\)91822-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(93)91822-4/abstract))

⁴⁹ CASTRO-DÍAZ, S., GÓMEZ-RESTREPO, C. GIL, F. URIBE RESTREPO, M., MIRANDA, C., DE LA ESPRI-ELLA, M., ARENAS, A., & PINTO, D. (2013). *Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia*. (Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-factores-riesgo-ideacion-suicida-pacientes-S0034745014000043>)

⁵⁰ STEELE, M. M., & DOEY, T. (2007). *Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors*. (Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17824350>)

⁵¹ HEALY, D., & ALFRED, G. (2005). *Antidepressant drug use & the risk of suicide*. (Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16194787>)

⁵² HUNT, I., KAPUR, N., WEBB, R., ROBINSON, J., BURNS, J., SHAW, J., WINDFUHR, K. (2009). *Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case control study*. (Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18507877>)

⁵³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. (Recuperado de: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnos-tico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>)

Se debe tener en cuenta que existe una diferenciación entre los mecanismos usados por los hombres y los usados por las mujeres, que se analizarán más adelante.

Al analizar los diferentes métodos de suicidio, se observa claramente que dependiendo del rango de edad se utilizan con preferencia unos u otros mecanismos de autolisis, según los datos extraídos del INE a nivel nacional.

Los siguientes datos serán analizados a partir de los datos extraídos del INE en el año 2016, ya que son los últimos datos del INE sobre mecanismos de autolisis.

Así, los **jóvenes de 15 a 29 años** utilizan métodos como el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a gases y vapores, lesiones autoinfligidas tipo ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, por ahogamiento y sumersión, y finalmente por salto al vacío desde una gran altura o por arrojarse o colocarse frente a un objeto en movimiento.

Otras de las edades conflictivas en el año 2016 estaban comprendidas **entre los 30 y los 39 años**. Según el INE, los métodos mayormente empleados por las personas comprendidas entre este rango de edad fueron la lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, y en menor medida se usó como método el arrojamiento desde un lugar de gran altura.

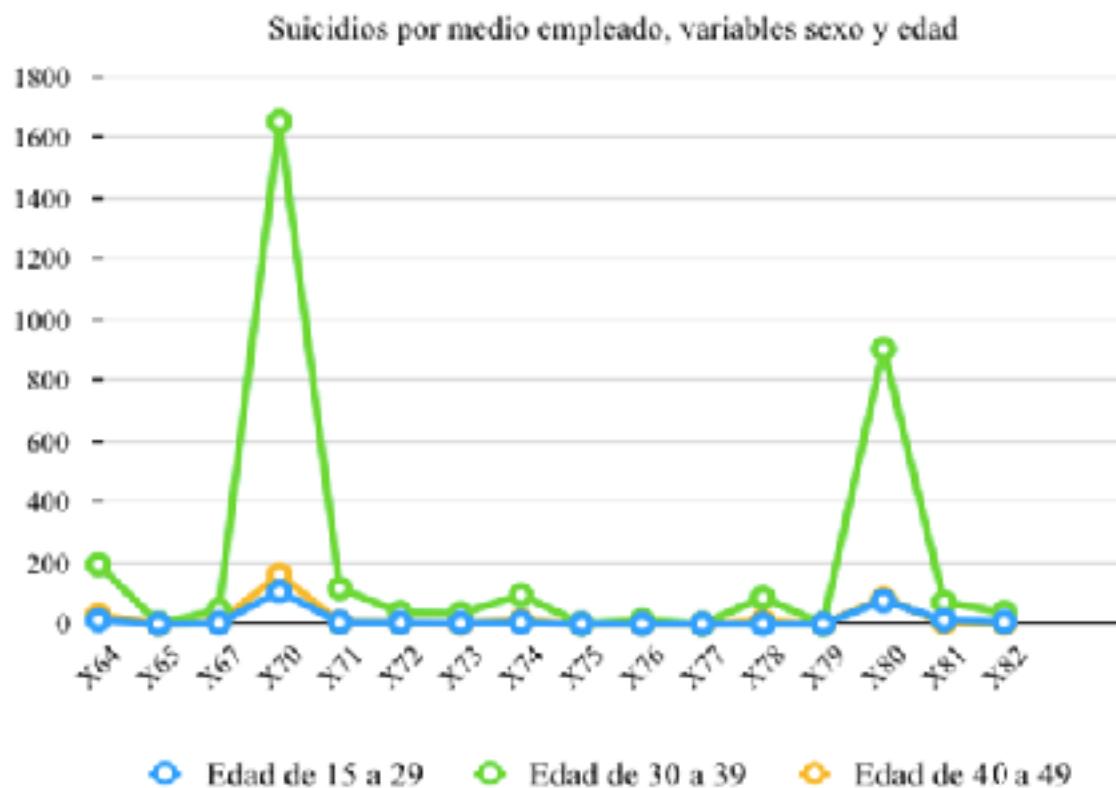
Como se observa en las gráficas 1 y 2 (expuestas a continuación), existen dos métodos que coinciden en los diferentes los rangos de edad. Estos métodos son la *lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*, y el *salto al vacío desde una gran altura*. Este último método tiene cierta lógica, ya que si el sujeto quiere acabar con su vida el arrojarse es una opción rápida y certera, pues desde una gran altura la supervivencia es casi imposible. Sin embargo, la utilización de los métodos ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación resultan más dolorosos y se pueden alargar en el tiempo aumentando así el sufrimiento del sujeto. La utilización de estos tres últimos mecanismos puede tener cierta base en la facilidad de la obtención y manipulación de los materiales que son necesarios para llevar a cabo el suicidio. Además, puede realizarse en un lugar privado, sin espectadores, con gran tranquilidad y con el tiempo necesario para su preparación.

Una de las diferencias existentes, es que en el rango de edad entre los 30 y los 39 existe un repunte del uso de métodos de *intoxicación mediante drogas, sustancias tóxicas, medicamentos, sustancias biológicas y algunas no especificadas*. De casi un 0% entre los 15 y los 29 años, hasta rozar el 20% entre los 30 a 39 años. Esto se puede deber a que la obtención de estas sustancias es más fácil al aumentar la edad, sobre todo al nivel económico, ya que los sujetos alrededor de los 30 años tienen un trabajo y una economía relativamente estable.

Otro método que parece aumentar a la edad de 30 a 39 años⁵⁴, aunque con poca relevancia, es la *lesión autoinfligida por arma de fuego*. En nuestro país existen múltiples leyes para el con-

⁵⁴ Gráfica 15. INE (2016) *Defunciones por suicidio, por medio empleado, edad y sexo* (Recuperado de:<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

trol, la venta, consumo y uso de armas, por lo que resulta complicado obtener armas sin los pertinentes permisos (Título XXII, Capítulo V, artículo 563 en adelante del CP)⁵⁵. El mercado negro de armas de fuego es una realidad, e internet un foco donde poder consumir este tipo de armas, pero aun así sigue siendo difícil su posesión.



Gráfica 1. Suicidios por medio empleado, variables ambos sexos y edad⁵⁶

A partir de los **40 años hasta los 79** el método predilecto para el suicidio es el ahorcamiento, estrangulamiento o por medio de la sofocación, teniendo mayor incidencia que en el resto de las edades. En cambio, se produce una disminución en el uso de métodos como el salto al vacío desde gran altura.⁵⁷

Pasados los 80 años de edad, la representación de métodos que requieran un gran esfuerzo físico decae notablemente. Al contrario que en los jóvenes, los ancianos utilizan mecanismos que no requieran de gran agilidad psicofísica, por ello utilizan métodos como el *envenenamiento medicamentoso*. Este método les resulta cómodo a la hora de cometer suicidio y, ade-

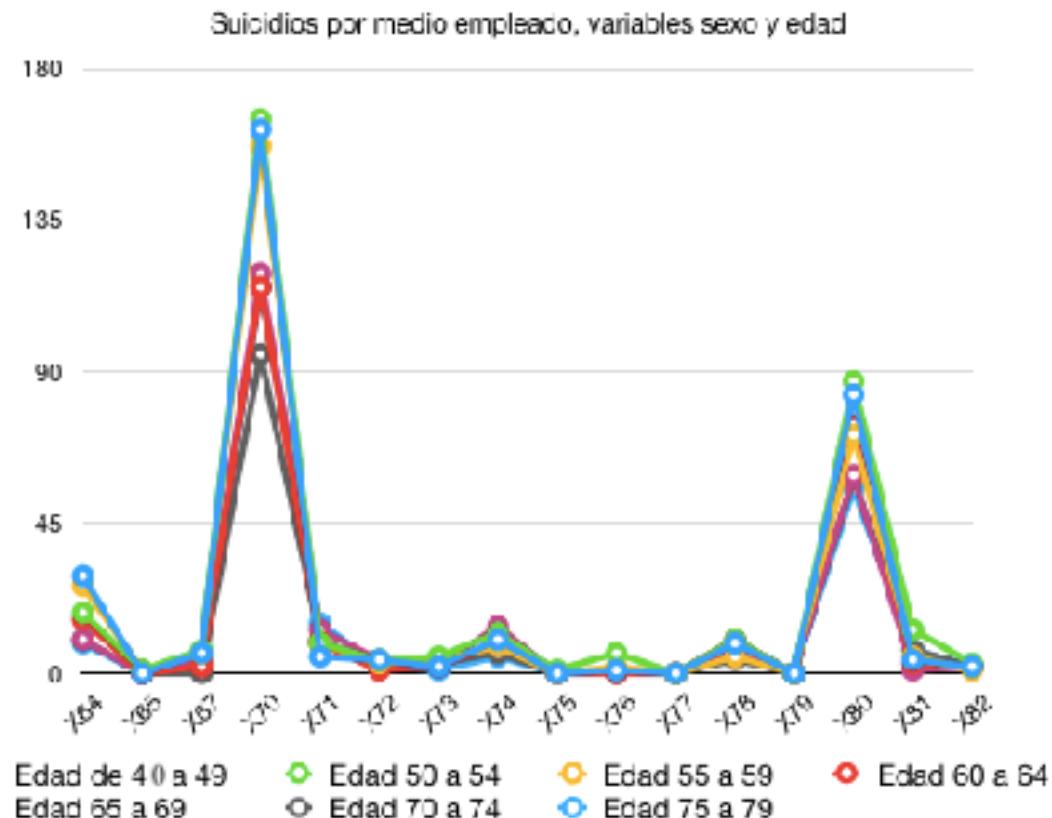
⁵⁵ JEFATURA DEL ESTADO (2015) LO 10/1995, de 23 de noviembre, del CP (Recuperado de: http://noticias-juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.l2t22.html)

⁵⁶ Gráfica 14. INE (2016) Defunciones por suicidio por medio empleado, edad y sexo (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

⁵⁷ INE (2016) *Defunciones por suicidio, por medio empleado, edad y sexo* (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

más, tienen facilidad de conseguir las sustancias, ya que normalmente la intoxicación medicamentosa se produce por fármacos que son utilizados a diario por el anciano.⁵⁸

Otros envenenamientos con mayor incidencia son los producidos mediante drogas antiepilepticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y sustancias psicopáticas, así como exposición a gases, vapores y plaguicidas. Los envenenamientos por productos químicos y sustancias nocivas son otro de los problemas presentes en los suicidios de ancianos.



Gráfica 2. Suicidios por medio empleado, variables sexo y edad. Elaboración propia.

El resto de los métodos para acabar con la propia vida, tienen cifras insignificantes, por ello no se hace una comparativa en el presente trabajo.

Ahora bien, sabiendo que entre los rangos de edad existen diferencias en el uso de métodos de autolisis, también se puede comprobar la existencia de diferencias entre la predilección de **métodos por parte de las mujeres y por parte de los hombres**.

En ambos sexos, es recurrente el uso de dos métodos: a) lesión autoinfligida por *ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación*, b) Lesión autoinfligida intencionalmente al *saltar desde un lugar elevado*. El resto de los métodos no superan en ambos casos el 10%.

⁵⁸ INE (2016) *Defunciones por suicidio, por medio empleado, sexo y edad* (Recuperado de:<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

Los **hombres** comprendidos entre los 15 y los 29 años⁵⁹ prefieren el uso de lesión autoinfligida mediante ahorcamiento, sofocación y estrangulamiento en un 120%; sin embargo, la mujer sólo utiliza este método en un 23% aproximadamente. Para la **mujer** el método utilizado con mayor frecuencia es el arrojarse desde un lugar elevado, llegando a un 35% de las muertes por suicidio.⁶⁰

No se debe olvidar que los hombres tienen mayor incidencia en suicidios que las mujeres, por ello las cifras que a se exponen en el presente punto (2.7) de los hombres alcanza valores del 130% y la de las mujeres un 36%.

Entre los 30 a 39 años⁶¹ de edad, los hombres en el año 2016 no usaron como mecanismos el envenenamiento por ingesta de alcohol, lesiones por material explosivo, por humo, fuego y llamas por vapor de agua u otros vapores y objetos calientes y por objetos romo y sin filo.

Las mujeres coinciden con los hombres en no utilizar los métodos enumerados para ellos, y además, tampoco emplean lesiones por ahogamiento y sumersión, y tampoco lesiones por arma de fuego.⁶²

Las diferencias entre mujeres y hombres en el rango de edad desde los 40 hasta 79 en cuanto a relevancia de mecanismos utilizados son escasas, puesto que siguen utilizándose el ahorcamiento, estrangulamiento, la sofocación, y arrojarse desde un lugar alto. Pero sí se observa comparando las gráficas de las mujeres entre las edades de 15 a 29 y de 40 a 79 que existe un claro aumento del uso de envenenamiento por drogas, sustancias biológicas y medicamentos. En los hombres parece darse una estabilidad en los mecanismos más recurrentes, pero también aparece un leve aumento en las demás cifras de los mecanismos utilizados para acabar con la propia vida.⁴⁴ Sin embargo, las mujeres siguen fieles a los mecanismos enumerados con anterioridad.⁶³

Como conclusión y para resumir los datos anteriormente expuestos, se muestra a continuación una tabla con los mecanismos más recurrentes según rango de edad más conflictivas y sexo:

⁵⁹ INE (2016) *Defunciones por suicidio por medio empleado, mujeres y 15 a 29 años* (Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

⁶⁰ INE (2016) *Defunciones por suicidio por medio empleado, mujeres y 15 a 29 años* (Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

⁶¹ INE (2016) *Defunciones por medio empleado, variables sexo y edad* (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

⁶² INE (2016) *Defunciones por medio empleado, variables sexo y edad* (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

⁶³ INE (2016) *Defunciones por medio empleado, variables sexo y edad* (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

Edad	Mujeres	Hombres
15 a 29 años	Lesión autoinfligida por saltar al vacío desde un lugar elevado	Lesión autoinfligida por ahorcamiento, sofocación y estrangulamiento.
30 a 39 años	Lesión autoinfligida por saltar al vacío desde un lugar elevado Envenenamiento por drogas, sustancias biológicas y medicamentos.	Lesión autoinfligida por ahorcamiento, sofocación y estrangulamiento.
40 a 79 años	Lesión autoinfligida por saltar al vacío desde un lugar elevado. Envenenamiento por drogas, sustancias biológicas y medicamentos.	Lesión autoinfligida por ahorcamiento, sofocación y estrangulamiento.

Tabla 2. Lesiones más comunes según rango de edad y sexo. Elaboración propia⁶⁴

No aparecen desglosadas las edades comprendidas entre los 40 y los 79 años porque no existe gran variación como se extrae de los datos del INE y como se puede ver en la Gráfica 2.

Asimismo, se expone una tabla con los códigos de referencia de mecanismos para el suicidio que se presentan en las gráficas anteriores:

Código	Mecanismo lesivo
x64	Envenenamiento por drogas, medicamentos, y sustancias biológicas
x65	Envenenamiento autoinfligido por consumo de alcohol
x67	Envenenamiento por exposición gases y vapores
x70	Lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
x71	Lesión autoinfligida por ahogamiento y sumersión
x72	Lesión autoinfligida por disparo de arma corta
x73	Lesión autoinfligida por disparo de rifle, escopeta y arma larga
x74	Lesión autoinfligida por disparo de otras armas de fuego
x75	Lesión autoinfligida por material explosivo
x76	Lesión autoinfligida por humo, fuego y llamas
x77	Lesión autoinfligida por vapor de agua, otros vapores y objetos calientes
x78	Lesión autoinfligida por objeto cortante

⁶⁴ Tabla 2. Lesiones más comunes según rango de edad y sexo. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperados de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

x79	Lesión autoinfligida por objeto romo o sin filo
x80	Lesión autoinfligida al saltar desde un lugar elevado
x81	Lesión autoinfligida por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento
x82	Lesión autoinfligida por colisión de vehículo de motor

Tabla 3. Códigos de lesiones autoinfligidas. Elaboración propia⁶⁵

2.8 Estadística de defunciones por suicidio en España entre los años 2012-2016

2.8.1 Número total de muertes por suicidio

España posee una de las tasas más bajas de mortalidad por suicidio. Además, en los últimos años, por sexo, se ha visto una disminución en la mortalidad suicida en los hombres y una estabilidad en los datos relativos a las mujeres.

En el periodo de tiempo analizado, y según los datos proporcionados por el INE, las cifras totales de muertes violentas suicidas han ido disminuyendo. Sus máximos fueron alcanzados en el año 2014 -3.910-, para luego disminuir la cifra hasta los 3.569 fallecidos en el año 2016. El año que menor número de muertes por suicidio tuvo fue el 2012, con la cifra de 3.539 fallecidos. Sin embargo, en la CCAA de Extremadura las cifras aumentaron considerablemente del año 2015 al 2016.

Año	2012	2013	2014	2015	2016	total
Nacional	3.539	3.870	3.910	3.602	3.569	18.490
Extremadura	76	74	63	58	82	353
Badajoz	49	42	34	38	49	212
Cáceres	27	32	29	20	33	141

Tabla 4. Defunciones por suicidios, según las variables año, CCAA, provincia, ambos sexos. Datos INE. Elaboración propia.⁶⁶

⁶⁵ Tabla 3. *Códigos de lesiones autoinfligidas*. Elaboración propia de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: [//www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px](http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px))

⁶⁶ Tabla 4. *Defunciones por suicidios, según variables año, CCAA, provincia, ambos sexos*. elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2016/l0/&file=06004.px>)

Desglosando los datos de la CCAA de Extremadura, en Badajoz se observa una continuidad en el número de muertes por suicidio a lo largo de estos años. Sin embargo, en la Provincia de Cáceres, en el año 2016 se produce un ligero aumento en el número de muertes violentas por suicidio. Esta Provincia tiene cifras bajas de suicidio comparadas con la Provincia de Badajoz entre los años 2012 a 2016. Así, según el INE, Badajoz cuenta con 212 fallecidos por suicidio entre los años 2012 a 2016, y Cáceres un total de 141 muertes.

A nivel Nacional existe una tendencia al alza del 2012 al 2014:

- 2012 a 2013: aumentan a 331 los actos suicidas consumados.
- 2013 a 2014: aumentan en 40 los actos suicidas consumados.
- 2014 a 2015: disminuye en 308 los actos suicidas consumados.
- 2015 a 2016: disminuyen en 33 los actos suicidas consumados.

Por lo tanto, se puede afirmar que a nivel Nacional la tendencia al alza abarca del 2012 hasta el 2014; siendo este último año un punto de inflexión produciendo una disminución en los actos suicidas consumados.

A nivel de la CCAA de Extremadura:

- 2012 a 2013: disminuye en 2 los actos suicidas consumados.
- 2013 a 2014: disminuye en 11 los actos suicidas consumados.
- 2014 a 2015: aumenta en 4 los actos suicidas consumados.
- 2015 a 2016: aumenta en 24 los actos suicidas consumados.

Por lo tanto, se puede afirmar que a nivel autonómico en la CCAA de Extremadura prácticamente se mantiene constante el número de actos suicidas consumados, puesto que en una población muy grande (1.077.506 habitantes) una variación que no supere en ningún caso 11 defunciones por suicidio desde el año 2012 al 2015 es estadísticamente insignificante, al igual que ese ligero aumento de 24 personas suicidas en el último año analizado.

A nivel provincial, Badajoz posee la siguiente tendencia:

- 2012 a 2013: disminuye en 7 los actos suicidas consumados.
- 2013 a 2014: disminuye en 8 los actos suicidas consumados.
- 2014 a 2015: aumenta en 5 los actos suicidas consumados.
- 2015 a 2016: aumenta en 11 los actos suicidas consumados.

Por tanto, los datos de suicidios consumados en Badajoz son similares a los presentados anteriormente en la CCAA de Extremadura. Se mantienen anualmente estables, donde no hay variaciones que superen un aumento de 11 defunciones por causas suicidas, ni tampoco se encuentran reducciones de 8 suicidios consumados. Por lo que, nuevamente en una población relativamente grande se puede considerar constante, ya que estadísticamente no son relevantes estas variaciones ligeras.

A nivel provincial, Cáceres posee la siguiente tendencia:

- 2012 a 2013: aumenta en 5 los actos suicidas consumados.
- 2013 a 2014: disminuye en 4 los actos suicidas consumados.
- 2014 a 2015: disminuye en 9 los actos suicidas consumados.
- 2015 a 2016: aumenta en 13 los actos suicidas consumados.

De los datos presentados se concluye que la provincia de Cáceres es la más estable en cuanto al número de defunciones, ya que en el único intervalo -2015 a 2016- es donde se registra un aumento de tan funesto suceso (13 suicidios). Por contra en los años en los que disminuyen las cifras de muertes por suicidio en ningún caso llegan a la decena de casos (9).

En resumen, de los datos reflejados en la tabla 4 se puede afirmar que a nivel Nacional se ha dado una ligera tendencia al alza en los últimos años, mientras que en la CCAA de Extremadura se mantiene constante siendo la Provincia de Badajoz la más estable en cuanto a la tendencia de las cifras de suicidio en los años analizados.

No obstante, en el último año -2016- posiblemente sea el más importante a la hora de sacar conclusiones, ya que se produce una fuerte disminución de los casos de muerte por suicidio a nivel Nacional, mientras que en la CCAA de Extremadura y ambas provincias, se produce un ligero aumento en las cifras de defunciones por suicidio. Pudiendo ser indicadores de cambios en la tendencia analizada.

2.8.2 Número total de suicidios por grupos de edad

Los siguientes datos son divididos por año, edad y ambos sexos. La suma total solo corresponde a los rangos de edad expuestos en la tabla 5, faltan las edades correspondientes a los menores de 14 años. Al faltar esos datos en la tabla, la suma total no coincide con las cifras nacionales.

A continuación, aparecen desglosados los sexos junto con las edades y años antes analizados.

La primera tabla corresponde a los datos de los varones y la segunda a la de las mujeres.

Año	2012	2013	2014	2015	2016
15 a 29 años	305	301	319	296	248
30 a 39 años	548	518	504	427	456
40 a 79 años	2.235	2.590	2.579	2.378	2.301
> 80 años	446	449	498	493	469
Totales	3.533	3.858	3.910	3.602	3.474

Tabla 5. Defunciones por suicidio, variables ambos sexos, edades y años. Elaboración propia.⁶⁷

Año	2012	2013	2014	2015	2016
15 a 29 años	239	225	239	218	180
30 a 39 años	425	395	375	332	346
40 a 79 años	1.698	1.933	1.927	1.728	1.769
> 80 años	358	349	393	395	359

Tabla 6. Defunciones por suicidio, variables hombre, edades y años. Elaboración propia.⁶⁸

Año	2012	2013	2014	2015	2016
15 a 29 años	66	76	80	78	68
30 a 39 años	123	123	129	95	110
40 a 79 años	537	657	652	650	532
> 80 años	88	100	105	98	110

Tabla 7. Defunciones por suicidio, variables mujer, edades y años. Elaboración propia.⁶⁹

Seguidamente, se analizan los datos presentados en cuanto a las edades conflictivas de 15 a 29 años y de 30 a 39 años. Las edades a partir de los 40 años tienen menores tasas de suicidio, por ello no han sido desglosadas en las tablas anteriormente expuestas, pero sí serán analizados los datos extraídos del INE a continuación.

En el año 2012 la mayor parte de las defunciones por suicidio eran cometidas por jóvenes entre los 15 y los 39 años. Se aprecia un repunte menor entre las edades de 45 a 50.

En los años siguientes -2013 y 2014- se observa como el rango de edad resulta ser prácticamente el mismo que en el año 2012. Con algunas diferencias.

En general, la disminución de las tasas de mortalidad en los hombres se produce de manera progresiva; sin embargo, en las mujeres se aprecian fluctuaciones, que sobre todo coinciden

⁶⁷ Tabla 5. *Defunciones por suicidio, variables ambos sexos, edades y años*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2012/10/&file=02012.px>)

⁶⁸ Tabla 6. *Defunciones por suicidio, variables hombre, edades y años*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2013/10/&file=02012.px>)

⁶⁹ Tabla 7. *Defunciones por suicidio, variables mujer, edades y años*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/10/&file=02012.px>)

con los periodos de mayor actividad laboral, y que en algunas ocasiones sufren altibajos en la ancianidad.

En el 2013, se abre una brecha más virulenta entre las cifras de los hombres y las mujeres. Tanto a las edades de 15 a 29 y de 30 a 39, la diferencia entre ambos sexos es de alrededor de 200 personas fallecidas por suicidio.

En cambio, en el año 2014 ocurre lo contrario. En los hombres decaen los suicidios a partir de los 59 años, pero vuelven a tener un auge entre los 75 a 84 años. Las mujeres paulatinamente van disminuyendo, con un ligero aumento entre los 65 y 69 años.

2015 a nivel nacional, fue uno de los años con menos cifras de suicidios en nuestro país. De los datos obtenidos del INE, se puede observar cómo se produce un aumento progresivo de los suicidios desde la época adolescente (15-19 años), llegando a su punto más álgido a la edad adulta de los 45 a 49 años. A partir de esta edad va disminuyendo la tasa de suicidios, pero aumenta nuevamente entre los 75 y los 84 años. Entre los 15 y los 30 se produce un aumento progresivo, pero lento.

Durante el año 2016, las defunciones por causas suicidas ascendieron a la cifra de 3.569 personas. Se consiguió disminuir la cifra con respecto al año anterior (3.602).

Tanto en la estadística de hombres como de mujeres se observa un decaimiento en el tiempo.

Lo más significativo en ambas tablas es que las edades que mayor incidencia tienen son las comprendidas entre los 30 y 39 años.

Como conclusión, se hace evidente que existen varias diferencias entre los hombres y las mujeres. En primer lugar, en la gráfica de los varones se observa una curvatura muy progresiva que aumenta y disminuye sin grandes sobresaltos hasta los 74 años. En cambio, en la gráfica de las mujeres no se aprecia curvatura, sino que el aumento ha sido más repentino que en el caso de los hombres, produciendo un pico que abarca desde los 30 hasta los 49 años. En segundo lugar, la caída de las mujeres a medida que avanza la edad es paulatina, al contrario que los hombres que la descendencia se produce de un modo más brusco a partir de los 80 a 84 años.

Comparando las estadísticas del año 2016 con las del año 2015, se aprecia una gran diferencia. En el año 2015, la edad de mayor incidencia se daba entre los 45 a 49 y en el año 2016 se produce entre los 30 a 39. En un año se produjo una disminución clara en la edad de defunciones por suicidio.

Por tanto, se puede concretar que existe diferencia en los rangos de edad, tanto en hombre como en mujeres, durante los años que abarcan del 2012 al 2016. En los años 2012, 2013 y 2014, la edad más conflictiva y activa en cuanto a la mortalidad por suicidio fue desde los 15 hasta los 39 años. En cambio, en el año 2015, los rangos de edad fluctuaron entre los 45 a 49, y los 75 a 79 años. Y, por último, en el año 2016 las edades conflictivas fueron de los 30 a 39 y de los 50 a 59 años.

Resulta evidente que existen diferencias en los rangos de edad a la hora de actos autolíticos y, por tanto, diferentes motivos para ello.

Aunque se presente con menor frecuencia el suicidio en los adolescentes y en los ancianos, no se debe olvidar que son los casos de mayor importancia en cuanto al diagnóstico, ya que son difíciles de diagnosticar y aumentan año a año, como indica la OMS. Una de las explicaciones a por qué ocurren tantos suicidios en la adolescencia es que los cambios hormonales y físicos visualmente, el abrirse camino a un mundo cercano al de los adultos con mayores responsabilidades, y el miedo a ser rechazados, provoca inseguridades a los jóvenes, que, si no son solventadas de forma correcta por el sujeto, pueden dar lugar a sentimientos negativos, ansiedad, fobias, incluso depresión. Cuando el joven no puede solucionar o afrontar dichos problemas y cae en depresión, ve el suicidio como única salida a su sufrimiento.

En las mujeres, el ámbito laboral es el que mayor tasa de mortalidad por suicidio provoca. Esto se debe a la presión a la que es sometida la mujer por el simple hecho de serlo, pues ésta tiene que demostrar que tiene valía y cualificación en mayor medida que los hombres. Cuando son rechazadas o relegadas a puestos de menor relevancia al correspondiente a sus estudios, las mujeres son más propensas a caer en depresión ya que sienten abandono y soledad. A esto se le suma que la mujer es quién gesta a los descendientes y esto resulta un contratiempo para las empresas porque ¿quién va a querer a un trabajador de baja, pudiendo tener a un trabajador productivo y presente?

En el campo de los hombres, los factores como hábitos adictivos (consumo de drogas, alcohol), trastornos mentales, enfermedades crónicas y el aislamiento, son los que mayor incidencia tienen a la hora de quitarse voluntariamente la vida por parte de los varones. Además, el no encontrar un puesto de trabajo les hace sentir “menos hombres”. Pero todos estos factores se analizarán más adelante del presente trabajo.

2.8.3 Número de casos por meses del año e incidencia de luz solar

Unos de los factores que suele pasar desapercibido en cuanto a la influencia en el acto suicida, son los meses del año y en concreto las estaciones (otoño, invierno, primavera, verano).

Para entender por qué afectan los cambios de estaciones al aumento o disminución de la tasa de suicidios, se debe centrar la atención en los cambios de luz. Es decir, que existan más días soleados o menos afecta a nuestro estado de ánimo pudiendo cambiar los horarios del sueño, aumentando la irritabilidad, el mal humor, etc...

Las variaciones más importantes e influyentes para el ser humano se producen en dos épocas del año, primavera y verano, donde aumentan o disminuyen las horas de luz.

Nuestro cerebro se compone de más de mil millones de neuronas. Para que estas neuronas puedan emitir sus mensajes al resto de los órganos corporales y así cumplan su función, se sirven de neurotransmisores. Entre estos neurotransmisores se encuentra la Serotonina que es la encargada de transmitir una y otra vez mensajes a los nervios del cuerpo. Entre las funcio-

nes que controla la Serotonina se encuentra el estado de ánimo, que, para evitar estados de depresión, ansiedad o pánico, se deben mantener niveles estables de este neurotransmisor. Aquí es donde interfiere la luz solar, pues los cambios en esta producen variaciones en los niveles de serotonina. Es decir, cuanta más luminosidad y horas de sol al día, menos problemas afectivos se producen; y, por el contrario, cuantas menos horas de luz solar al día se tengan, más aumentan los trastornos emocionales.⁷⁰

En estudios post-mortem en muertes de etiología médico-legal suicida, se ha encontrado factores neurobiológicos que pueden tener relación con el hecho, probándose como un marcador de diminución de serotonina en pacientes con depresión, esquizofrenia y trastorno de la personalidad, la disminución de unión de transportador de serotonina en la corteza prefrontal ventral, el hipocampo y la amígdala, cuyas estructuras participan en la experimentación de la emoción, manejo y afrontamiento del estrés, capacidad adaptativa ante eventos difíciles, ansiedad y depresión.⁷¹

Por todo ello, Extremadura es una de las CCAA de España que menos suicidios posee al año, debido a la cantidad de horas solares que tiene durante todo el año. Por ejemplo, en el año 2012 se registraron en Badajoz 3.004 horas y en Cáceres 3.193 horas de luz solar, lo que hace un total de 6.297 horas en la CCAA de Extremadura⁷². En el año 2015 se registraron en Badajoz 2.994, y en Cáceres 3.218 que hacen un total de 6.212 horas de luz solar⁷³.

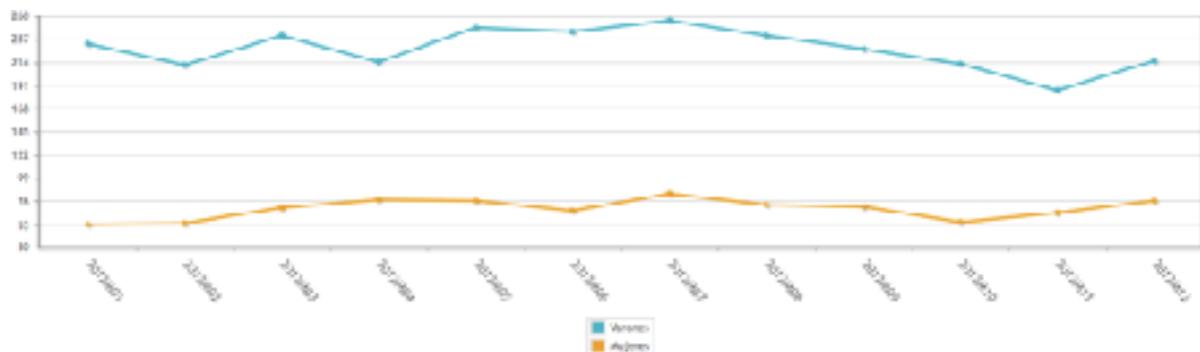
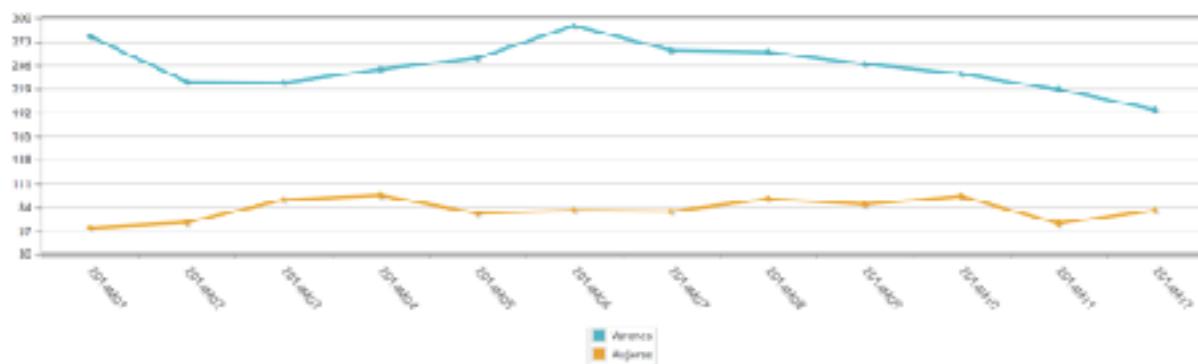
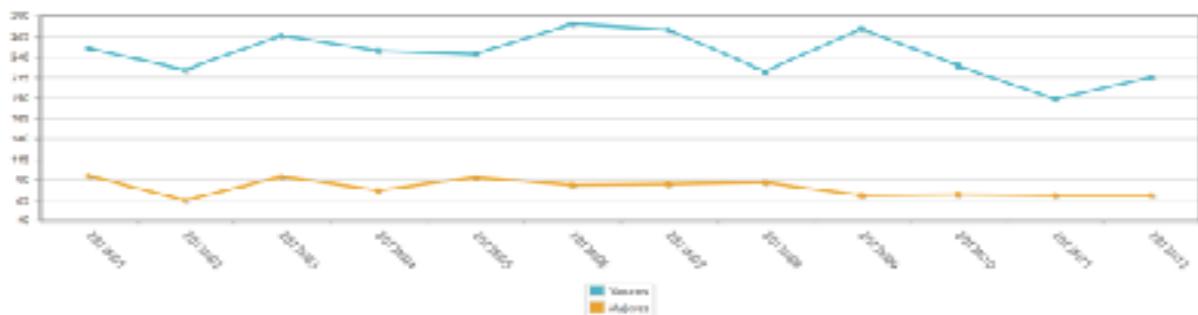
En las gráficas que se muestran a continuación, se exponen los meses del año que mayor incidencia de suicidios tienen en la Provincia de Cáceres, junto con la variable sexo. Se incluye una diferenciación entre ambos sexos, ya que la influencia de la luz solar no muestra parámetros iguales entre hombres y mujeres, por tanto, su trascendencia en las conductas suicidas es desigual.

⁷⁰ NaturoImport (2018) *La importancia de la Serotonina y los estados anímicos*. (Recuperado de: http://www.naturimport.es/sites/naturimport.es/files/ImportanciaSerotonina_article_web.pdf)

⁷¹ ARANGO, V., UNDERWOOD, M. D., & MANN, J. J. (2002). *Serotonin brain circuits involved in major depression and suicide*. (Recuperado de: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf)

⁷² INE (2012) Horas de sol por comunidades autónomas y observatorio meteorológico. (Recuperado de: <http://www.ine.es/daco/daco42/bme/c19.pdf>)

⁷³ INE (2015) Horas de sol por comunidades autónomas y observación meteorológica. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=1900001.px>)

Gráfica 3. Suicidios año 2012, variables sexo y meses del año⁷⁴Gráfica 4. Suicidios año 2013, variables sexo y meses del año⁷⁵Gráfica 5. Suicidios año 2014, variables sexo y meses del año⁷⁶

⁷⁴ Gráfica 3. INE(2012) Suicidios año 2012, variables sexo y meses del año (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=0500002.px>)

⁷⁵ Gráfica 4. INE (2013) Suicidios año 2013, variables sex y y meses del año. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=0500002.px>)

⁷⁶ Gráfica 5. INE (2014) Suicidios año 2014, variables sexo y meses del año. (Recuperado de:<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=0500002.px>)

Como se pueden observar en las gráficas, los meses que mayor influencia han tenido han sido abril, mayo, junio y julio, es decir aquellos meses correspondientes a la primavera y a principios del verano. Los cambios temporales que se sufren durante la primavera nos crean malestar, irritación, alteraciones del sueño, angustia, desánimo, y esto conlleva a engrandecer problemas o a tener mayor conflictividad con los que nos rodean. Además, en verano se alarga la convivencia debido a las vacaciones, lo que crea conflictos antes inexistentes o que permanecían camuflados.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El estudio del suicidio se puede realizar desde diversas fuentes, siendo una de ellas las fuentes forenses.

La hipótesis del presente trabajo es que existen diferencias para afirmar que los estudios de las cifras de muertes violentas de etiología médico-legal suicida del INE y del IMLCF y de sus diversos mecanismos.

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio epidemiológico descriptivo de las muertes por causas externas suicidas ocurridas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Extremadura: el IMLCF de Badajoz y el IMLCF de Cáceres, durante los años 2012 y 2016.

Se quiere analizar la tasa de mortalidad por suicidio en esta área geográfica y su tendencia, analizando dos tipos de fuentes, por un lado, los datos que ofrece el INE y que provienen de los boletines estadísticos de defunción con intervención judicial y, por otro lado, los datos que facilitan los IMLCF a través de las memorias que realizan anualmente y que incluyen los datos de los servicios de patología y, por ende, el número y tipo de autopsias que realizan anualmente.

Se pretende objetivar si existen diferencias entre ambas provincias y entre ambas fuentes de información.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Diversos estudios señalan una mala clasificación de las muertes por suicidio que afectan a las estadísticas de mortalidad por esta causa y pueden tener repercusiones en el desarrollo de políticas preventivas, financiación de la investigación y evaluación de programas de prevención.

En España, diversos estudios han demostrado que las estadísticas de la mortalidad por suicidio tienen poca fiabilidad y se aboga por la utilización de datos forenses para mejorarlas. La

utilidad de la fuente de información forense para completar los datos estadísticos se debe a la disponibilidad de datos fundamentales.⁷⁷

Para ello se procederá a analizar por un lado los datos que facilita el INE accesibles a través de su página web y por otro lado las memorias del IMLCF de Cáceres y del IMLCF de Badajoz, disponibles en la web del Ministerio de Justicia, y que se elaboran con la ayuda de una herramienta de gestión utilizada en los IMLCF del territorio del Ministerio de Justicia denominada Orfila.

Únicamente se analizarán los datos relativos a los años 2012 a 2016, ya que en el momento de realizar el presente estudio sólo estaban disponibles en la web las memorias correspondientes a ese periodo de tiempo con respecto a las Provincias de Badajoz y Cáceres.

Se recopilarán los datos disponibles desde ambas fuentes y se compararán entre sí. La información se comparará con otros estudios previos realizados en otros IMLCF.

Se analizarán las defunciones que, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), se definen como “lesiones autoinfligidas intencionalmente”, códigos X64 a X65, X67, y X70 a X82.

Como denominadores comunes se utilizan los casos de suicidio y los datos de la población obtenidos del INE y del IMLCF.

Se calculan el número de defunciones de etiología médico-legal ajustadas al periodo comprendido entre 2012 y 2016 para toda la población de Extremadura, en lo relativo a cuatro grupos de edad: 15 a 29, 30 a 39, 40 a 79, y 80 o más años; sexo; provincia y mecanismo autolítico.

5. RESULTADOS

Se presentan los datos relativos al número total de muertes violentas de etiología médico-legal suicida y al mecanismo suicida, que recogen las memorias de los IMLCF de Cáceres y Badajoz, correspondientes a los años 2012 a 2016:

5.1 IMLCF de Cáceres

5.1.1 Número total de muertes violentas suicidas

En el IMLCF de Cáceres, cuyo ámbito de actuación incluye toda la provincia, hay 3 zonas de guardia, distribuidas según se recoge en la siguiente imagen:

⁷⁷ E.BARBERIA et al. (2012) *Mejora dela estadística de mortalidad por suicidio en Tarragona entre 2004 y 2012.* (Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/305518614_Mejora_de_la_estadistica_de_mortalidad_por_suicidio_en_Tarragona_Cataluna_Espana_entre_2004_y_2012.)



Imagen 1. División de las zonas de tres guardias del IMLCF de los municipios de la Provincia de Cáceres. Elaboración propia.⁷⁸

La siguiente tabla muestra el total del número de autopsias realizadas en el IMLCF de Cáceres por causas externas de muerte según el año y el mecanismo de muerte violenta; accidental, suicida u homicida:

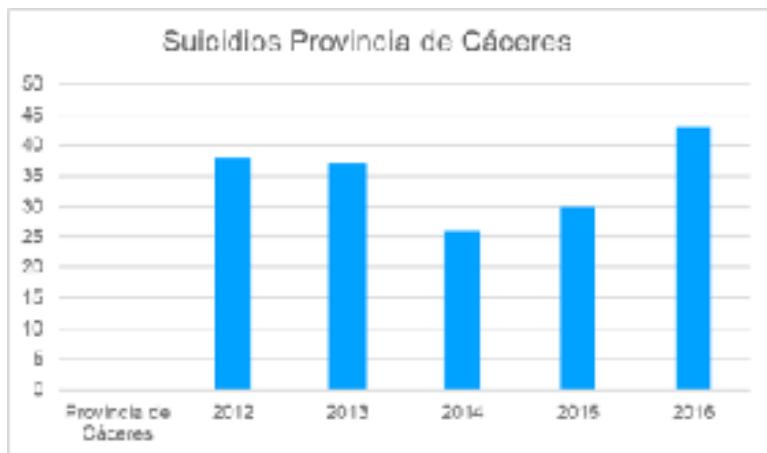
Año	accidental	suicidio	homicida	Total
2012	52	37 (40,65%)	1	91
2013	42	37 (45,67%)	2	81
2014	31	26 (44,82%)	1	58
2015	38	30 (43,47%)	1	69
2016	40	43 (51,19%)	1	84

Tabla 8. % de muertes violentas de etiología suicida en el IMLCF de Cáceres durante los años 2012-2016. Elaboración propia⁷⁹

En la siguiente gráfica se expone el progreso de las defunciones por suicidio en el IMLCF de Cáceres entre los años 2012 a 2016:

⁷⁸ Imagen 1. *División de las zonas de tres guardias el IMLCF de los municipios de la Provincia de Cáceres.* Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: http://www.mjjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_-Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

⁷⁹ Tabla 8. Ministerio de Justicia (2018) *Memorias del Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses.* Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses (Recuperado de: <http://www.mjjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)



Gráfica 6. Defunciones por suicidio entre los años 2012 a 2016 en Cáceres. Elaboración propia.⁸⁰

Desde el año 2012 hasta 2014 las muertes por suicidio han ido disminuyendo progresivamente en relación al total de las muertes violentas, si bien del 2012 al 2013 dicha disminución (10) es bastante menos acusada que del 2013 a 2014 (23), donde se producen una fuerte disminución. A partir de dicho año, esa tendencia descendente cambia, produciéndose un aumento de 11 defunciones por muertes violentas en el año 2015. En el año 2016 (23) donde las muertes por suicidio han constituido más de la mitad de las muertes violentas en la provincia, dato éste que enfatiza la propia memoria del IMLCF de Cáceres, al señalar que “el año 2016 fue el peor de los últimos 13 años”. Si analizamos los datos concretos de dicho año atendiendo al total de autopsias realizadas en dicho IMLCF (145), observamos cómo el 57,93% de las autopsias realizadas en el IMLCF de Cáceres durante el año 2016, correspondieron a muertes violentas suicidas. La media anual de muertes violentas suicidas a lo largo del periodo de estudio (2012-2016) se sitúa en unas 34,6 muertes suicidas/año.

Partido judicial provincia de Cáceres	Nº autopsias año 2016
Cáceres	48
Coria	17
Navalmoral Mata	12
Plasencia	40
Trujillo	13
Logrosán	11
Valencia Alcántara	4
Total	145

⁸⁰ Gráfica 6. Ministerio de Justicia (2018) *Memorias del Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses (Recuperado de: [http://www.mjjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias"\)](http://www.mjjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias)

Tabla 9. Número total de autopsias realizadas en el IMLCF de Cáceres durante el año 2016, por partidos judiciales.⁸¹

A la hora de extraer conclusiones posteriormente, el Partido Judicial de Cáceres y de Plasencia representan el 60'6% del total de autopsias realizadas en la Provincia de Cáceres en el año 2016. Este resultado se debe a que dichos Partidos Judiciales se encuentran en las urbes con mayor población.

5.1.2 Mecanismo suicida

Según las *memorias del IMLCF*, las muertes violentas de etiología médico-legal suicida, son las siguientes:

En el año 2012: el total son 37 casos de muerte por suicidio. No aparecen desglosados los mecanismos de autolisis en el IMLCF de Cáceres.

En el año 2013: del total de los 37 casos de muerte por suicidio, el mecanismo más utilizado fue el **ahorcamiento** con 26 (70'27%) fallecidos, 6 (16'22%) por precipitación, 2 (5'41%) por arma de fuego, 2 (5'41%) por sumersión, y 1 (2'70%) fallecido por arma blanca.

En el año 2014: del total de los 26 casos de muerte por suicidio, 16 (55'17%) fueron por **ahorcadura**, 3 (10'34%) por precipitarse al vacío desde gran altura y por sumersión, y 1 (3'44%) por arma blanca y 1 (3'44%) arma de fuego.

En el año 2015: del total de los 30 casos de muerte por suicidio, 16 (53'33%) por **ahorcadura**, 3 (20%) intoxicación y precipitación al vacío desde gran altura, y 1 (3'33%) por arma de fuego y otro por arma blanca.

En el año 2016: del total de los 43 casos de muerte por suicidio: 28 personas se quitaron la vida mediante el mecanismo de **ahorcamiento**, 6 (13'95%) mediante ahogamiento, 4 (9'3%) por precipitación al vacío (desde grandes alturas), 3 (6'98%) casos por intoxicación, 1 (2'33%) al precipitarse a las vías del tren y 1 (2'33%) caso por sofocación. Por lo tanto, el 65'11% de los casos el mecanismo fue el ahorcamiento.

Según el *INE*, en la CCAA de Extremadura los métodos que mayoritariamente se han utilizado son:

En el año 2012: de las 76 muertes por causas suicidas, 57 (75%) de los fallecimientos fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 6 (7'89%) por ahogamiento/sumersión; 5 (6'58%) por arma de fuego, 4 (5'26%) por precipitación al vacío desde gran altura, 2 (2'63%)

⁸¹ Tabla 9. Ministerio de Justicia (2016) Memorias del Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses (Recuperado de: http://www.mjjusticia.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

por arma blanca y por intoxicación medicamentosa, y 1 (1'32%) fallecimiento por intoxicación por vapores y gases.

En el año 2013: de las 74 muertes por causas suicidas, 46 (62'16%) fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulación**, 12 (16'22%) por precipitación al vacío desde gran altura, 6 (8'1%) arma de fuego, 5 (6'76%) ahogamiento/sumersión, 1 (1'35%) por intoxicación medicamentosa y por intoxicación por vapores y gases, y 1 (1'35%) por medios no especificadas.

En el año 2014: de las 63 muertes por causas suicidas, 39 (61'9%) fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 8 (12'7%) por precipitación al vacío desde gran altura, 5 (7'93%) por ahogamiento/sumersión y por arma de fuego, 2 (3'17%) por quemaduras/intoxicación por humo, y 1 (1'6%) por intoxicación medicamentosa, intoxicación por productos químicos y sustancias nocivas, por arma blanca y por lesión autoinfligida por colisión de vehículo a motor.

En el 2015: de las 58 muertes por causas suicidas, 36 (62'1%) se produjeron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 8 (13'8%) por precipitación al vacío desde gran altura, 5 (8'62%) por intoxicación por productos químicos y sustancias nocivas, 4 (6'9%) por arma de fuego, 2 (3'45%) por arma blanca y por ahogamiento/sumersión, y 1 (1'72%) por intoxicación medicamentosa.

En el año 2016: de las 82 muertes por causas suicidas, 61 (74'39%) fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 11 (13'41%) por precipitación al vacío desde gran altura, 6 (7'32%) por ahogamiento/sumersión, y 1 (1'22%) por intoxicación medicamentosa, 1 (1'22%) intoxicación por vapores y gases, 1 (1'22%) intoxicación por plaguicidas, 1 (1'22%) por uso de arma de fuego y 1 (1'22%) por uso de arma blanca.

Para el INE y el IMLCF el medio empleado más común de autolisis es el ahorcamiento. Por tanto, aportan datos similares en cuanto al mecanismo mayoritario que se utiliza para la muerte violenta por suicidio, tanto a nivel de la CCAA de Extremadura como a nivel provincial.

Apunta la memoria que la mayor parte de las causas de suicidio en este año se produjeron por problemas emocionales que podrían haber sido intervenidos y tratados. Esta conclusión coincide con las causas señaladas al comienzo del trabajo (punto 2.5).

Autores como Silverman et al. consideran que los factores individuales, familiares, sociales, precipitantes y protectores son los causantes de las conductas suicidas. Otros, como Mourny Samy, hablan de un acto de desesperanza. Ambos autores hablan de los problemas emocionales como factores importantes a la hora de estudiar las causas del suicidio.

Así, el Colegio de Psicólogos de Madrid expone que los problemas emocionales pueden ser identificados, estudiados y tratados, con el fin de evitar estas conductas. Una vez analizados y tratados por los especialistas dichos problemas se podrán establecer patrones que constituirán parcelas de prevención del suicidio que nos permitan una planificación y anticipación de dichas conductas suicidas.

Concluye la Dra. Carmen Tejedor que “nadie que es feliz se suicida”, por tanto, también identifica los problemas emocionales con el atentado contra la propia vida.

5.1.3 Comparación datos memoria IMLCF Cáceres con los datos del INE

AÑO	Nº casos	Sexo	grupo edad	Método más frecuente
2012	37 (21%)	No consta	No consta	Ahorcadura
2013	37 (24%)	31 ♂ (84%) 6 ♀ (16%)	10 (entre 40 a 49 años)	Ahorcadura
2014	29 (18%)	23 ♂ (77%) 6 ♀ (23%)	8 (entre 50 a 59 años)	Ahorcadura
2015	30 (12%)	27 ♂ (90%) 3 ♀ (10%)	11 (≥ 80 años) 9 (entre 30 a 39 años)	Ahorcadura
2016	43 (27%)	34 ♂ (79%) 9 ♀ (21%)	14 (≥ 80 años). 8 (entre 30 a 39 años)	Ahorcadura

Tabla 10. Fuente memorias IMLCF Cáceres 2012-2016. Elaboración propia⁸²

AÑO	Nº total	Sexo	grupo edad	método
2012	27 (36%)	26 ♂ 1 ♀	5 entre 75 a 79 años	Ahorcadura
2013	32 (24%)	26 ♂ 6 ♀	7 entre 40 a 44 años	Ahorcadura
2014	29 (18%)	22 ♂ 7 ♀	6 entre 50 a 54 años	Ahorcadura
2015	20 (12%)	19 ♂ 1 ♀	4 entre 55 a 59 años	Ahorcadura
2016	33 (27%)	27 ♂ 6 ♀	7 entre 35 a 39 años	Ahorcadura

⁸² Tabla 10. Ministerio de Justicia (2018) *Memorias del Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses (Recuperado de:

Tabla 11. Fuente INE Cáceres 2012-2016. Elaboración propia⁸³

Tanto en los datos recogidos por el INE como en los aportados por el IMLCF de Cáceres, se observa que el método más utilizado ha sido la **ahorcadura**. Ahora bien, existen discrepancias en cuanto al número de fallecidos en los diferentes años. También existen diferencias claras en el número de varones y mujeres que se suicidan, pero siempre aparecen mayoritariamente los varones.

Según el INE, el número de defunciones de etiología médico-legal suicida en la CCAA de Extremadura fueron 353, de las cuales 141 se produjeron en Cáceres. Sin embargo, la memoria del IMLCF expone que el número de defunciones por esta causa en ese periodo fueron de 176 suicidios.

Otra de las coincidencias entre ambas estadísticas es que el año 2016 es el de mayor número de fallecidos por suicidio. Esto refuerza lo comentado en tablas anteriores sobre la importancia del año 2016 como indicador del cambio en la tendencia descendente del número de casos por suicidio acaecidos en España. Por lo que se deberá prestar atención todos aquellos factores indicadores de riesgo o alerta de suicidio (punto 2.5).

Según el IMLCF, el número de actuaciones tanatológicas en Cáceres tiene una diferencia mínima entre el año 2012 y el 2016. El registro de estas actuaciones es el siguiente:

Año	Nº autopsias
2012	144
2013	136
2014	113
2015	139
2016	145

Tabla 12. Nº de actuaciones tanatológicas en la Provincia de Cáceres, años 2012-2016. Elaboración propia.⁸⁴

⁸³ Tabla 11. INE (2018) *Estadísticas sobre defunciones del INE*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/l0/&file=02012.px>)

⁸⁴ Tabla 12. Ministerio de Justicia (2016) *Nº de actuaciones tanatológicas en la Provincia de Cáceres, año 2012-2016*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheaderdename1=Crono+ntent-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)



Gráfica 7. Número de actuaciones tanatológicas entre los años 2012 y 2016 en Cáceres. Elaboración propia⁸⁵

De las actuaciones tanatológicas anteriormente reflejadas en la tabla 12, las intervenciones forenses en casos de suicidios son:

Año	Nº autopsias por suicidio
2012	37
2013	37
2014	26
2015	30
2016	43

Tabla 13. Nº de actuaciones tanatológicas por causas suicidas. Elaboración propia.⁸⁶

Por lo que, en Cáceres las actuaciones tanatológicas de muerte violenta por causas suicidas representan el siguiente porcentaje:

En el año 2012: del total de las 144 actuaciones tanatológicas, 25'69% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

En el año 2013: del total de las 136 actuaciones tanatológicas, 27'21% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

⁸⁵ Gráfica 7. *Número de actuaciones tanatológicas entre los años 2012 y 2016.* Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

⁸⁶ Tabla 13. Ministerio de Justicia (2016) Nº de actuaciones tanatológicas por causas suicidas. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

En el año 2014: del total de las 113 actuaciones tanatológicas, 23% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

En el año 2015: del total de las 139 actuaciones tanatológicas, 21'58% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

En el año 2016: del total de las 145 actuaciones tanatológicas, 29'66% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

El porcentaje de muertes violentas por causas suicidas se mantiene muy estable entre el 2012 y el 2016, teniendo una horquilla entre el 21 y el 29%, por lo que no es un factor principal de causa de actuaciones tanatológicas. Esto va en relación a los datos analizados en el punto 5.1 donde ya se detectó que era un porcentaje pequeño con respecto a la población total de Extremadura.

5.2 IMLCF de Badajoz

5.2.1 Número total de muertes violentas suicidas

En el IMLCF de Badajoz, cuyo ámbito de actuación incluye toda la provincia, hay 3 zonas de guardia, distribuidas según se recoge en la siguiente imagen:

Badajoz- Olivenza- Montijo

Mérida- Don Benito-Villanueva de la Serena- Castuera- Herrera del Duque

Almendralejo-Villafranca de los Barros- Zafra- Llerena- Fregenal de la Sierra- Jerez de los Caballeros

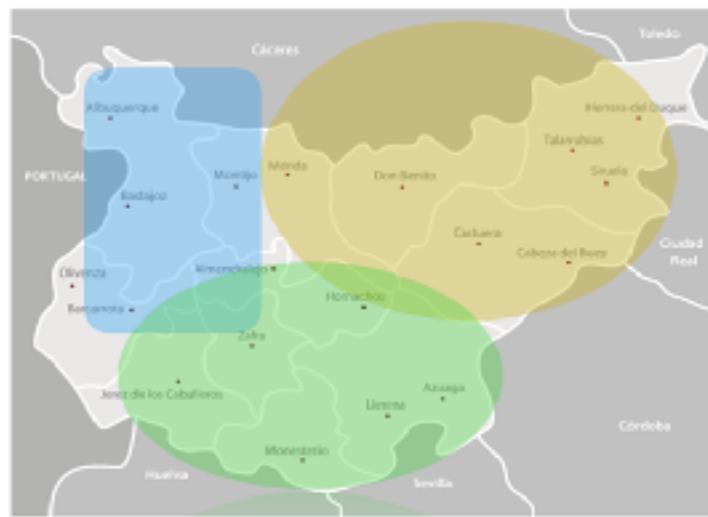


Imagen 2. División de las zonas de tres guardias del IMLCF de los municipios de la Provincia de Badajoz. Elaboración propia.⁸⁷

⁸⁷ Imagen 2. *División de las zonas de tres guardias el IMLCF de los municipios de la Provincia de Badajoz.* Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: <http://www.mjus-justicia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

La siguiente tabla muestra el total del número de autopsias realizadas en el IMLCF de Badajoz por causas externas de muerte según el año y el mecanismo de muerte violenta; accidental, suicida u homicida:

Año	Accidental	Suicidio	Homicida	TOTAL
2012	89	58 (38,92%)	10	149
2013	81	47 (35,87%)	3	131
2014	72	53 (41,08%)	4	129
2015	67	49 (42,24%)	0	116
2016	82	63 (41,72%)	6	151

Tabla 14. % de muertes violentas de etiología suicida en el IMLCF de Badajoz durante los años 2012-2016. Elaboración propia⁸⁸

Se obtiene nuevamente de los datos estadísticos expuestos un aumento significativo en el año 2016, siendo éste el que más muertes violentas presenta (151). Esto va en la línea de lo comentado anteriormente sobre un posible cambio de tendencia, donde desde el año 2012 al 2015 las cifras son descendentes. Además, pese a dicho aumento en muertes violentas, no repercute en un aumento porcentual por suicidio en la Provincia de Badajoz, donde en la tabla 4 ya se dijo que se mantenía estable, porque se puede observar que el porcentaje de suicidios es estable en todos los años (manteniéndose en un 40% aproximadamente).

La media anual de muertes violentas suicidas a lo largo del periodo de estudio (2012-2016) se sitúa en unas 54 muertes suicidas/año.

En la siguiente gráfica se expone el progreso de las defunciones por suicidio entre los años 2012 a 2016 en Badajoz:



⁸⁸ Tabla 14. Etiología Médico Leal Suicida, Provincia de Badajoz. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del IMLCF. (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Gráfica 7. Defunciones por suicidio entre los años 2012 a 2016 en Badajoz. Elaboración propia.⁸⁹

5.2.2 Mecanismo suicida

El IMLCF de Badajoz ha estudiado los mecanismos suicidas utilizados por año, siendo resumidos en:

En el año 2012: del total de los 58 casos de muerte por suicidio, 42 (72'41%) fueron por **ahorcamiento**, 6 (10'34%) por sumersión, 4 (6'90%) por arma de fuego, 4 (6'90%) intoxicación, 1 (1'72%) por precipitación al vacío desde gran altura, y 1 (1'72%) fallecido por arma blanca.

En el año 2013: del total de los 47 casos de muerte por suicidio, 24 (51'06%) fueron por **ahorcadura**, 6 (12'77%) sumersión, 6 (12'77%) intoxicación, 5 (10'64%) por precipitación al vacío desde gran altura, 5 (10'64%) arma de fuego, y 1 (2'13%) por arma blanca.

En el año 2014: del total de los 53 casos de muerte por suicidio, 28 (52'83%) por **ahorcadura**, 8 (15'10%) por intoxicación, 6 (11'32%) por arma de fuego, 5 (9'43%) precipitación al vacío desde gran altura, 4 (7'55%) por sumersión, y 1 (1'89%) de los fallecidos fue por arma blanca y otro por quemaduras.

En el año 2015: del total de los 49 casos de muerte por suicidio, 28 (57'14%) por **ahorcadura**, 7 (14'29%) intoxicación, 5 (10'20%) precipitación al vacío desde gran altura, 3 por arma de fuego, 2 por arma blanca y 1 por quemaduras.

En el año 2016: del total de los 63 casos de muerte por suicidio los mecanismos lesivos fueron mayoritariamente por **ahorcadura**, con un número total de 37 (58,73%). Fueron 10 (15,87%) los fallecidos por intoxicación, 9 (14,28%) precipitación, 4 sumersión (6,34%), 2 por arma de fuego (3,17%), y 1 (1,58%) persona fallecida por arma blanca.⁹⁰

Según el INE, en la CCAA de Extremadura los métodos que mayoritariamente se han utilizado son:

En el año 2012: de las 76 muertes por causas suicidas, 57 (75%) de los fallecimientos fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 6 (7'9%) por ahogamiento/sumersión; 5 (6'6%) por arma de fuego, 4 (5'26%) por precipitación al vacío desde gran altura, 2 (2'63%)

⁸⁹ Gráfica 7. *Defunciones por suicidio entre los años 2012 a 2016 en Badajoz*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del IMLCF. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428642042?blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

⁹⁰ MINISTERIO DE JUSTICIA (2016) *Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses de Badajoz* (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428642042?blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

por arma blanca y por intoxicación medicamentosa, y 1 (1'32%) fallecimiento por intoxicación por vapores y gases.

En el año 2013: de las 74 muertes por causas suicidas, 46 (62'16%) fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulación**, 12 (16'22%) por precipitación al vacío desde gran altura, 6 (8 '1%) arma de fuego, 5 (6'76%) ahogamiento/sumersión, 1 (1'35%) por intoxicación medicamentosa y por intoxicación por vapores y gases, y 1 (1'35%) por medios no especificadas.

En el año 2014: de las 63 muertes por causas suicidas, 39 (62%) fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 8 (12'7%) por precipitación al vacío desde gran altura, 5 (7 '94%) por ahogamiento/sumersión y por arma de fuego, 2 (3'17%) por quemaduras/intoxicación por humo, y 1 (1'6%) por intoxicación medicamentosa, intoxicación por productos químicos y sustancias nocivas, por arma blanca y por lesión autoinfligida por colisión de vehículo a motor.

En el 2015: de las 58 muertes por causas suicidas, 36 (62%) se produjeron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 8 (13'8%) por precipitación al vacío desde gran altura, 5 (8 '62%) por intoxicación por productos químicos y sustancias nocivas, 4 (6'9%) por arma de fuego, 2 (3'45%) por arma blanca y por ahogamiento/sumersión, y 1 (1'72%) por intoxicación medicamentosa.

En el año 2016: de las 82 muertes por causas suicidas, 61 (74'4%) fueron por **ahorcamiento/sofocación/estrangulamiento**, 11 (13'41%) por precipitación al vacío desde gran altura, 6 (7 '32%) por ahogamiento/sumersión, y 1 (1'22%) por intoxicación medicamentosa, 1 (1'22%) intoxicación por vapores y gases, 1 (1'22%) intoxicación por plaguicidas, 1 (1'22%) por uso de arma de fuego y 1 (1'22%) por uso de arma blanca.

Para el INE y el IMLCF el medio empleado más común de autolisis es el **ahorcamiento**. Por tanto, aportan datos similares en cuanto al mecanismo mayoritario que se utiliza para la muerte violenta por suicidio, tanto a nivel de la CCAA de Extremadura como a nivel provincial.

5.2.3 Comparación datos memoria IMLCF Badajoz con los datos del INE

AÑO	Nº total	Sexo	Grupo edad ≥ frecuencia	Método más frecuente
2012	58 (36%)	No consta	No consta	Ahorcadura
2013	47 (35%)	No consta	14 casos de 51 a 60 años	Ahorcadura
2014	53 (40%)	No consta	11 de 31 a 40 años 10 de 41 a 50 años	Ahorcadura
2015	49 (40%)	No consta	No consta	Ahorcadura
2016	63 (40%)	47♂ 17♀	No consta	Ahorcadura

Tabla 15. Fuente memorias IMLCF Badajoz 2012-2016. Elaboración propia⁹¹

AÑO	Nº total	Sexo	Grupo edad	Método
2012	49 (37%)	40♂ 9♀	6 de 85 a 89 años	Ahorcadura
2013	42 (31 %)	34♂ 8♀	8 de 30 a 39 años	Ahorcadura
2014	34 (21 %)	29♂ 5♀	5 de 30 a 39 años	Ahorcadura
2015	38 (22 %)	26♂ 12♀	5 de 15 a 29 años 5 de 50 a 54 años	Ahorcadura
2016	49 (40 %)	39♂ 10♀	9 de 55 a 59 años	Ahorcadura

Tabla 16. Fuente INE Badajoz 2012-2016. Elaboración propia⁹²

⁹¹ Tabla 15. MINISTERIO DE JUSTICIA (2016) *Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses de Badajoz* (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428642042?blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-Disposition&blobheadervalue2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

⁹² Tabla 16. INE (2018) *Estadísticas sobre defunciones del INE*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=t15/p417/a2014/l0/&file=02012.px>)

Nuevamente, el método predilecto es la ahorcadura. En ambos sexos se aprecian fluctuaciones dependiendo de la edad, pero siempre se producen más hechos autodestructivos en hombres que en mujeres. El número de fallecidos sigue siendo discordante.

Ambos estudios exponen que el mayor número de fallecidos se produce en el año 2016.

En la Provincia de Badajoz, en el año 2016 se produjeron 158 actuaciones tanatológicas, lo cual significó un ligero aumento con respecto al año 2012 (153 actuaciones).

Los estudios del INE muestran 353 muertes por suicidio en Extremadura de las cuales 212 se produjeron en Badajoz. Para el IMLCF, ocurrieron 270 en la provincia Badajoz.

Con respecto estos datos, el número de muertes por suicidio es significativamente mayor según el IMLCF, donde esta última fuente documenta 90 casos más que el INE, el porcentaje prácticamente es el mismo en el INE (60%) que el porcentaje del IMLCF (60%).

Las cifras más altas de actuaciones tanatológicas en Badajoz se alcanzaron en el año 2016, y las más bajas fueron en el año 2015 (122 actuaciones).

Según el IMLCF, el número de actuaciones tanatológicas en Badajoz entre el período de 2012 a 2016 son:

Año	Nº autopsias
2012	161
2013	133
2014	132
2015	122
2016	158

Tabla 17. Nº de actuaciones tanatológicas en la Provincia de Cáceres, años 2012-2016. Elaboración propia.⁹³

Esta tabla viene a reforzar lo analizado en las tablas anteriores (15 y 16) donde se observa en este caso las Provincia de Cáceres una disminución de las actuaciones tanatológicas desde el año 2012 hasta el 2015; si bien esa disminución no es muy acentuada. Del año 2015 al 2016

⁹³ Tabla 17. Ministerio de Justicia (2016) *Nº de actuaciones tanatológicas en la Provincia de Cáceres, año 2012-2016*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF (Recuperado de:http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadere=er_n_a_m_e_l=C_o_n_t_e_n_t_Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

se produce la mayor variación en las actuaciones tanatológicas, siendo una variación máxima de 36 actuaciones, teniendo el año 2016 la cifra récord (158).

La siguiente gráfica muestra las variaciones de las actuaciones tanatológicas entre los años 2012 a 2016:



Gráfica 8. Número de actuaciones tanatológicas entre los años 2012 y 2016 en Badajoz. Elaboración propia.⁹⁴

De las actuaciones tanatológicas anteriormente reflejadas en la tabla 17, las intervenciones forenses en casos de suicidios son:

Año	Nº autopsias por suicidio
2012	58
2013	47
2014	53
2015	49
2016	63

Tabla 18. Nº de actuaciones tanatológicas por causas suicidas. Elaboración propia.⁹⁵

⁹⁴ Gráfica 8. *Número de actuaciones tanatológicas entre los años 2012 y 2016*. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

⁹⁵ Tabla 18. Ministerio de Justicia (2016) Nº de actuaciones tanatológicas por causas suicidas. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Por lo que, en Badajoz las actuaciones tanatológicas de muerte violenta por causas suicidas representan el siguiente porcentaje:

En el año 2012: del total de las 161 actuaciones tanatológicas, 36'02% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

En el año 2013: del total de las 133 actuaciones tanatológicas, 35'34% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

En el año 2014: del total de las 132 actuaciones tanatológicas, 40'15% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

En el año 2015: del total de las 122 actuaciones tanatológicas, 40'16% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

En el año 2016: del total de las 158 actuaciones tanatológicas, 39'87% fueron autopsias de muerte violenta por causas suicidas.

5.3 CCAA de Extremadura

Recapitulando los datos recogidos en las memorias, relativos al número total de muertes violentas de etiología médico-legal suicidas acaecidas en el periodo 2012-2016 en ambas provincias, obtenemos los siguientes datos:

Año	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Extremadura	95 (21%)	84 (18,96%)	79 (17,83%)	79 (17,83%)	106 (23,92%)	443 (100%)
Población diciem	1.100.968	1.096.421	1.091.623	1.084.969	1.077.506	4.451.487
Tasa 100.000 hab	8,62	7,66	7,23	7,28	9,83	8,12
Cáceres	37	37	26	30	43	173
Badajoz	58	47	53	49	63	270

Tabla 19. Defunciones por suicidios, según las variables año, CCAA, provincia, ambos sexos.
Datos memorias IMLCF. Elaboración propia.⁹⁶

⁹⁶ Tabla 19. Ministerio de Justicia (2016) Defunciones por suicidios, según variables año, CCAA, provincia, ambos sexos. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las memorias del IMLCF (Recuperado de:

En la CCAA de Extremadura, desde el año 2012 hasta el 2016, se realizaron un total de 443 autopsias por muerte de causa externa violenta suicida. Se evidencia una tendencia decreciente entre los años 2012 y 2015 y un repunte en el año 2016. La media anual de muertes violentas suicidas a lo largo del periodo de estudio (2012-2016) se sitúa en unas 88,6 muertes suicidas/año.

Analizando la evolución de la población en Extremadura entre los años 2012-2016⁹⁷, se estima una tasa de suicidio por 100.000 habitantes de 8,12 suicidios por 100.000 habitantes para este periodo de tiempo seleccionado, por lo que, si bien se mantiene constante durante los años 2013 a 2015, durante el año 2016 se ha producido un incremento de la tasa de mortalidad por suicidio como se viene repitiendo esta idea a lo largo del trabajo.

6. DISCUSIÓN

Existen diferencias en las cifras recogidas entre el INE y el IMLCF de Extremadura, tal y como puede extraerse de las siguientes dos tablas:

Año	2012	2013	2014	2015	2016	total
Nacional	3.539	3.870	3.910	3.602	3.569	18.490
Extremadura	76 (21 '52%)	74 (20 '96%)	63 (17 '84%)	58 (16 '43%)	82 (23'2%)	353 (100%)
Población Extremadura	1.100.968	1.096.421	1.091.623	1.084.969	1.077.506	5.451.487
Tasa 100.000hab	6'90	6'75	5'77	5'35	7'61	6'47
Cáceres	27	32	29	20	33	141
Badajoz	49	42	34	38	49	212

Tabla 20. Total de muertes por causas externas suicidas en la CCAA de Extremadura en los años 2012-2016 según fuentes del INE. Elaboración propia.⁹⁸

Año	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Extremadura	95 (21'44%)	84 (18,96%)	79 (17,83%)	79 (17,83%)	106 (23,92%)	443 (100%)

⁹⁷ datosmacro.com (2018) Extremadura-población (Recuperado de: <https://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/espaa-comunidades-autonomas/extremadura>)

⁹⁸ Tabla 20. *Defunciones por suicidios, según variables año, CCAA, provincia, ambos sexos*. elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2016/l0/&file=06004.px>)

Población Extremadura	1.100.968	1.096.421	1.091.623	1.084.969	1.077.506	5.451.487
Tasa 100.000 hab	8,62	7,66	7,23	7,28	9,83	8,12
Cáceres	37	37	26	30	43	173
Badajoz	58	47	53	49	63	270

Tabla 21. Total de muertes por causas externas suicidas en la CCAA de Extremadura en los años 2012-2016 según fuentes forenses. Elaboración propia.⁹⁹

Con respecto a los resultados obtenidos, al no aparecer desglosados los mecanismos suicidas utilizados por año en el INE, resulta imposible hacer una comparativa entre las cifras aportadas por IMLCF sobre el porcentaje del uso de cada mecanismo con los resultados del INE. Por ello se analizan los datos sumando todos los datos aportados por el IMLCF y comparándolos con las cifras presentadas por el INE.

Según el INE, en la CCAA de Extremadura la suma de las cifras que se apuntan en Badajoz entre los años 2012 a 2016, son de 212 muertes por suicidio, en cambio para el IMLCF la cifra asciende a 270 muertes. Tampoco concuerdan las cifras para la Provincia de Cáceres, puesto que el INE enumera 141 muertes y el IMLCF 173 fallecidos. De este modo, para el INE la suma de ambas Provincias entre los años 2012 a 2016, dan lugar a una cifra de 353 muertes violentas por suicidio, y para el IMLCF la cifra es de 443 suicidios, lo que da una diferencia de 90 fallecidos entre los estudios de ambos Institutos.

Al igual que se comentó anteriormente para los casos de Cáceres y Badajoz, ocurre lo mismo para la CCAA en sí , donde si se aprecian diferencias entre el número de casos de defunciones por causas externas suicidas según la fuente consultada, pero los porcentajes son prácticamente idénticos.

En función de la población en España en el año 2012 (46.727.890) el valor de muertes por suicidio es de 7'57% (por 100.000 habitantes). Para la CCAA de Extremadura, si la población total era de 1.108.100, el total de suicidios fue de 6'85%, esto ya fue comentado anteriormente reflejando que los datos en dicha CCAA son relativamente bajos, estando por debajo de la media Nacional.

En función de la población, el número de suicidios en España durante el año 2016 fue de 7 '68% (por 100.000 habitantes) de las muertes totales. En Extremadura, las muertes ascendieron a 7'53% respecto al año 2016, esto fue comentado en varios puntos sobre el comportamiento que se muestra en este mismo año, siendo un año récord en cuanto a las cifras máximas de defunciones por causas suicidas.

⁹⁹ Tabla 21. Ministerio de Justicia (2016) Total de muertes por causas externas suicidas en la CCAA de Extremadura en los año 2012-2016 según fuentes forenses. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

A nivel nacional, el número de muertes autolíticas se ha visto aumentado entre los años 2012 y 2014, produciéndose una inflexión desde este último año en dicha tendencia hasta el 2016. En cambio, en la CCAA de Extremadura se observa un mantenimiento de las cifras, siendo el año 2016 lo manifestado durante todo el trabajo, el año de máximas cifras crecientes.

Se desglosan las cifras a continuación, exponiendo primero los datos del INE y después los del IMLCF:

En el año 2012 en Badajoz, la diferencia entre los datos recopilados por ambos dos Institutos es de 9 personas fallecidas. En Cáceres, en este mismo año, la diferencia es de 10 personas. En el año 2013, se muestra una diferencia de 5 personas fallecidas en Badajoz y Cáceres. En cuanto al año 2014, en Badajoz la diferencia es de 19 fallecidos, y en Cáceres de 3. En el 2015, la diferencia en Badajoz es de 11 personas fallecidas, y en Cáceres de 10. Y, por último, en el año 2016 en Badajoz se produce una diferencia de 14 y en Cáceres de 10. Estos datos también difieren bastante entre sí, pues ya se ha comentado anteriormente que las defunciones por suicidio en ambas provincias son relativamente bajas, por lo que a modo ejemplo variaciones en cifras de 10 suicidios en el 2012 en Cáceres representa un aumento de casi el 40% de las muertes (27 frente a 37; un 37'7% más).

En la CCAA de Extremadura, según los datos de las fuentes consultadas, las diferencias entre ambas cifras son las siguientes:

- *Año 2012*: el IMLCF representa un 25% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2013*: el IMLCF representa un 13'51% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2014*: el IMLCF representa un 25'4% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2015*: el IMLCF representa un 36'21% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2016*: el IMLCF representa un 29'27% más de muertes suicidas que el INE.

Según los estudios de las fuentes consultadas, todas las cifras de muertes violentas de etiologías médico-legal suicida del IMLCF de la CCAA son superiores con respecto al INE (con un aumento de casi 36%)

En la Provincia de Cáceres, comprando los datos del INE con los de IMLCF, se obtienen estadísticamente las siguientes diferencias:

- *Año 2012*: el IMLCF representa un 37'03% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2013*: el IMLCF representa un 15'62% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2014*: el INE representa un 11'53% más de muertes suicidas que el IMLCF.
- *Año 2015*: el IMLCF representa un 50% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2016*: el IMLCF representa un 30'3% más de muertes suicidas que el INE.

Según las fuentes consultadas, las estadísticas de muertes violentas de etiologías médico-legal suicida del IMLCF de Cáceres son mayores en todos los años, excepto en el 2014 (con aumentos de hasta un 50% más).

En la Provincia de Badajoz, comprando los datos del INE con los de IMLCF, se obtienen estadísticamente las siguientes diferencias:

- *Año 2012*: el IMLCF representa un 18'37% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2013*: el IMLCF representa un 11'9% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2014*: el IMLCF representa un 55'88 más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2015*: el IMLCF representa un 28'94% más de muertes suicidas que el INE.
- *Año 2016*: el IMLCF representa un 28'57% más de muertes suicidas que el INE.

Según los estudios de las fuentes consultadas, todas las cifras de muertes violentas de etiologías médico-legal suicida del IMLCF de Badajoz son superiores con respecto al INE (con un aumento de casi 56%).

De la información analizada se concluye que existen grandes diferencias entre las cifras del INE y las recogidas por el IMLCF de Extremadura, diferencias tales con un margen de error tan amplio que no dejan claro cuál es la cifra más aproximada a la realidad (36% en Extremadura; un 50% en Cáceres; un 56% Badajoz).

Todos los datos expuestos anteriormente, se basan en la variable de ambos sexos y de todas las edades.

Se produce una divergencia entre los datos obtenidos por el INE y los datos procedentes del IMLCF. Las diferencias en los datos son dispares y no dejan entrever cual puede ser la cifra aproximada a la realidad sobre las muertes violentas por suicidio que acontecen en la CCAA de Extremadura. No solo se producen discrepancias entre los datos obtenidos de toda la CCAA, sino que a nivel provincial -Badajoz y Cáceres- no existe coincidencia alguna en las cifras.

Se evidencia una tendencia según la fuente consultada. Para el INE y el IMLCF a nivel autonómico se observa que hay una tendencia decreciente desde el año 2012 al 2015, produciéndose en este último año un punto de inflexión creciente en el 2016, que constituye el año de máximas cifras en términos estadísticos (82 INE y 106 IMLCF).

En **Badajoz**, el INE aporta datos que son decrecientes entre los años 2012 a 2014, con una tendencia creciente del año 2014 al 2016. Sin embargo, para el IMLCF las cifras son relativamente constantes, estando todos los años desde el 2012 hasta el 2015 las muertes por suicidio en 50 individuos aproximadamente; en cambio el 2016 representa el año con mayores cifras de muertes por causas suicidios, siendo el año de máximos históricos, superando este en más de 60 fallecidos las muertes por esta causa, cifra nunca alcanzada desde el 2012.

En **Cáceres**, para el INE las cifras se mantienen relativamente estables entre el año 2012 y el 2015, ya que en ningún caso los aumentos o disminuciones superan de un año a otro un incremento/diminución de 9 individuos (la máxima disminución es de 9 fallecidos y el máximo aumento es de 5), siendo el año 2016 el que mayor número de suicidios posee -33 fallecidos-, cifras nunca alcanzadas anteriormente con un aumento superior a la decena -13 casos- con respecto al año anterior. Para el IMLCF, los datos son prácticamente idénticos, coinci-

diendo en algunos años como el 2012 o 2013. Sin embargo, desde el año 2015 al 2016 se observa el más fuerte aumento de casos por suicidio -13 casos- nunca visto anteriormente, teniendo el año 2016 las máximas cifras de muertes suicidas, sobre pasando la cuarentena (43 fallecidos).

Se procede a estudiar las cifras en la CCAA de Extremadura y en las provincias de Cáceres y Badajoz, en su aportación en términos estadísticos a los datos nacionales, comentados en el párrafo anterior.

La relación de las cifras de muerte por suicidio de Extremadura con respecto a España -según datos del INE- corresponden a:

- En Extremadura en el año 2012, el total de suicidios supone un 2'14 % con respecto a los 3.539 muertes suicidas en España.
- En España en el año 2013, el total de suicidios supone un 1'91% con respecto a los 3.870 muertes suicidas en España..
- En España en el año 2014, el total de suicidios supone un 1'61% con respecto a los 3.910 muertes suicidas en España.
- En España en el año 2015, el total de suicidios supone un 1'61% con respecto a los 3.602 muertes suicidas en España.
- En España en el año 2016, el total de suicidios supone un 2'30% con respecto a los 3.569 muertes suicidas en España.

Como se ha comentado la aportación en términos estadísticos de la CCAA de Extremadura es muy escasa en cuanto al número de muertes suicidas respecto a nivel Nacional.

A pesar de esta disminución en las estadísticas españolas sobre defunciones por suicidio, en el año 2016 aumentaron en las Provincias de Cáceres y Badajoz, y por tanto en toda la CCAA. Contrastó que en el año 2016 en la CCAA de Extremadura (tanto en Cáceres como en Badajoz) se produce un aumento, y es particularmente el año de mayores cifras, al contrario que a nivel Nacional que resulta el año con menor número de muertes por causas suicidas (junto con el 2012). Lo que resulta preocupante, ya que la principal causa que han observado los Médicos Forenses del IMLCF de Cáceres y Badajoz es la inestabilidad emocional, que podría haber sido tratada. Aunque estos datos son desalentadores, la provincia de Cáceres seguida de la provincia de Badajoz siguen siendo las provincias con menos suicidios a nivel nacional.

No se apreció variación en las cifras de muertes de etiología médico-legal suicida entre hombre y mujeres, lo que significa que se siguen suicidando más los hombres que las mujeres. Esta conclusión corrobora los estudios anteriormente analizados (punto 2.4 y 2.5), donde los hombres tenían mayor tendencia a suicidarse que las mujeres. Esto responde a factores culturales y sociales, basados en un rol equívoco sobre la masculinidad.

En otras ocasiones, se apreciaban trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias, historial de violencia y trastornos de la personalidad (analizados en el punto 2.4).

En cuanto a las adicciones al consumo de sustancias tóxicas y alcohol, los hombres consumen más que las mujeres, lo que podría dar una explicación a que se produzcan mayoritariamente suicidios masculinos que femeninos.

Otro factor con graves consecuencias es la violencia intrafamiliar. Este es el caso de la violencia de género, donde el victimario tras cometer las agresiones violentas o el asesinato contra la pareja se suicida.

También aparece el ámbito laboral entre las mujeres, donde la necesidad de demostrar que pueden establecerse en los mismos puestos de trabajo que lo hombres, los lleva a caer en problemas psicológicos (depresión).

Los actos suicidas terroristas como conductas violentas, también se cometan a través del suicidio, donde para cometer su fin, el sujeto se autoinmola, matando a las personas que están a su alrededor. Esto respondería a conductas culturales y sociales, que pueden estar sumadas a algún tipo de psicopatología.

Pero sí se vieron variaciones entre el número de muertes expuesto por el INE con los datos que ofrece el IMLCF.

En el último año analizado (2016), se encuentra que en la provincia de Cáceres los fallecidos por suicidio fueron 9 mujeres, y 34 fueron varones según los datos del IMLCF. En los datos obtenidos del INE, 27 fueron varones y 6 fueron mujeres. Difieren los datos en un 50 % los datos del IMLCF con respecto al INE en las mujeres, y los datos de los hombres difieren en algo más de un 25%, siendo superior nuevamente los datos del IMLCF.

En la Provincia de Badajoz, durante el año 2016, los varones fallecidos por suicidio fueron 47 y 17 fueron mujeres, según el IMLCF. Para los estudios del INE, fueron 39 varones y 10 mujeres los fallecidos por mecanismos suicidas. Difieren los datos en un 20'5% en los varones, y en las mujeres un 70%, siendo nuevamente los datos del IMLCF superiores a los datos del INE.

Estas grandes diferencias (hasta un 70% para mujeres) entre los datos del INE y del IMLCF relativos al número de suicidios de varones y mujeres persisten durante el periodo que abarca del año 2012 al 2016, lo que no permite obtener unas conclusiones claras sobre el número de fallecidos varones y mujeres. Lo que sí permite es evidenciar la gran diferencia entre los varones, que son los que mayoritariamente actúan contra su propia vida, y las mujeres. Además, siempre son superiores los datos del IMLCF frente a los datos del INE.

Las actuaciones tanatológicas de la Provincia de Cáceres en el año 2016, fueron 145 en total. En Badajoz se produjeron mayor número de actuaciones tanatológicas con un total de 158 actuaciones. La población entre ambas provincias difiere en más de 54.000 habitantes (54.132), teniendo mayor número de habitantes Badajoz (149.946) que Cáceres (95.814). Pero apenas hay diferencia en las actuaciones tanatológicas (13), lo cual es debido al escaso número de suicidios que hay en ambas provincias, y su escasa aportación en términos estadísticos a las cifras nacionales.

Los años con menor incidencia en actuaciones tanatológicas en Cáceres fueron de 113 en el año 2014. El número mínimo de actuaciones tanatológicas en Badajoz fueron de 122 en el año 2015. Se observa que, aun siendo las cifras mínimas para las dos provincias en años distintos, Cáceres permanece teniendo cifras menores de actuaciones tanatológicas con respecto a Badajoz.

Para las actuaciones tanatológicas de muertes violentas de etiología médico-legal suicida en Cáceres, el año 2014 es el de menor incidencia y para Badajoz es el año 2013 (47) con unos datos prácticamente iguales al 2015 (49).

Las estadísticas de los estudios del IMLCF y del INE dejan clara la preferencia de mecanismo autolítico -*ahorcamiento*- en ambos sexos. Sin embargo, este mecanismo es el predilecto por los **hombres**, que al haber mayor número de varones que se suicidan, aumenta su contribución al porcentaje en el uso de este mecanismo con respecto a las mujeres. En cuanto a las **mujeres**, el uso más habitual es el de salto al vacío desde una gran altura.

Así, también existe una diferencia entre los mecanismos autolíticos de los adolescentes y los ancianos. Los **adolescentes** al igual que las mujeres usan mayoritariamente el salto al vacío desde elevada altura. Los **ancianos** utilizan mecanismo de intoxicación medicamentosa.

Los estudios analizados sobre la incidencia de luz solar y los meses que influyen en el suicidio aportan datos similares, concluyendo que la luz solar mejora el estado de ánimo, por lo que se producen menos suicidios. Por tanto, estos datos no admiten discusión.

7. CONCLUSIONES

1. En la CCAA de Extremadura, las cifras de muertes por causas suicidas se mantuvieron constantes durante los años 2012 hasta el año 2015. En cambio, el año 2016 resulta ser el de mayor incidencia estadística en muertes suicidas en el periodo analizado, tanto en el número total de muertes por dicha causa como el mayor incremento inter-anual, de modo que, del total de 145 actuaciones tanatológicas practicadas en Cáceres en dicho año, 43 fueron por causas suicidas y del total de 158 actuaciones tanatológicas practicadas en Badajoz, 63 fueron por causas suicidas.
2. Se demuestra la discrepancia entre los datos relativos al número de muertes suicidas aportados por los IMLCF (un total de 443 de funciones: 173 en Cáceres y 270 en Badajoz) y los datos aportados por el INE (un total de 353 defunciones: 141 en Cáceres y 212 en Badajoz). Es decir, se produce una diferencia en cifras de un 25'5% más según el IMLCF que la otra fuente consultada.
3. En ambas fuentes y aunque los datos globales no coinciden, se evidencia un predominio de casos en varones y como mecanismo más habitual el ahorcamiento.
4. La principal causa de autolisis en las mujeres son los problemas emocionales causados por momentos de crisis, mientras que en los hombres los problemas sociales, laborales y psiquiátricos representan la mayor parte de los factores de riesgo.
5. Se evidencia que la recuperación de datos en las muertes por suicidio a partir de las fuentes forenses mejoraría la información estadística, corrigiendo su infradeclaración y ampliando el conocimiento sobre el método de suicidio.
6. Se evidencia el interés de la publicación de las memorias de los IMLCF ya que facilita el análisis e interpretación de los datos para la adopción de políticas de prevención en materia de suicidio.
7. Vista la ausencia de uniformidad en las variables que se analizan y la ausencia de algunos datos en las memorias dificultan el estudio y la comparación de las cifras. Se recomienda que se unifiquen las variables a analizar y que sean homogéneas en ambos IMLCF para poder comparar los datos y sacar conclusiones.
8. Sería recomendable unificar los datos entre el INE y el IMLCF, utilizando las mismas variables (sexo, grupo de edades, mecanismos de autolisis, provincias). Así como utilizar los mismos mecanismos de recogida de datos, como por ejemplo el *modelo de regresión joinpoint*, o el cálculo de los datos del total de muertes por suicidio declaradas en las memorias de los IMLCF de Extremadura y el INE.

8. BIBLIOGRAFÍA

INE (2018) Resultado nacionales y por comunidades autónomas de suicidio en España. Recuperado de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206.

OMS (2018) *Suicidio* (Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>)

Ministerio de Sanidad y Consumo (1982) *RD 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas* (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd2230-1982.html)

Ministerio de Justicia e Interior (1996) *Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal* (Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-5557>)

Diario Oficial de Extremadura-Consejería de Sanidad y Consumo (2002) *Decreto 161/202, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria* (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ex-d161-2002.html)

Ministerio de Gracia y Justicia (2015) *RD de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la LECrim* (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lecr.l2t5.html)

Ministerio de Gracia y Justicia (2015) *RD de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la LECrim* (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lecr.l2t5.html)

Jefatura de Estado (2015) *LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial* (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo6-1985.l6t1.html)

Ministerio de Justicia (2018) *Ámbito territorial del IML de Badajoz.* (Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/01/17/pdfs/A02200-02201.pdf>)

Ministerio de Justicia (2018) *Creación del IML de Badajoz.* (Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/03/11/pdfs/A09461-09468.pdf>)

Ministerio de Justicia (2018) *Entrada en funcionamiento del IML de Badajoz.* (Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/01/27/pdfs/A03270-03270.pdf>)

Ministerio de Justicia (2018) *Creación del IML de Cáceres.* (Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/03/11/pdfs/A09468-09474.pdf>)

Ministerio de Justicia (2018) *Entrada en funcionamiento del IML de Cáceres.* (Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/01/27/pdfs/A03270-03270.pdf>)

Servicio Extremeño de Salud (2017) *Proyecto JARA. Sistema Integrado de Información Sanitaria.* (Recuperado de: <http://www.fgcasal.org/medicinaenred2/Garcia.PDF>)

Estudio comparativo de las muertes violentas de etiología médico-legal suicida en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Extremadura durante los años 2012 a 2016

Jefatura del Estado (2018) *LOPD 15/1999*. (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo15-1999.html)

SALMAN ROCHA, DORA GEORGINA (2011) “Futuro imperfecto: dimensión hermeneútico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún”.

MORÍN, ALEJANDRO (2001) “Suicidas, Apóstatas y Asesinos. La desesperación en la Séptima Partida de Alfonso El Sabio”. Edición Hispana, LXI/1, núm. 207. (Recuperado de: <http://hispania.revistas.csic.es>)

DURKHEIM, ÉMILE (1897) *Le Suicide. Estudio de sociología*. 2ªEdición, Paris, Editor Félix Alcan. Paris.

Organización Mundial de la Salud (2018) *Suicidio*. Editado por Centro de Prensa (Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

RUÍZ GARCÍA, EVA SORAYA (2017) *Unidad didáctica 2 - Centro de altos estudios policiales*, XXVI curso de ascenso a la categoría de oficial de policía.

O'CARRROLL PW, BERMAN AL, MARIS RW, MOSCICKI EK, TANNEY BL, SILVERMAN M. (1996) *Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology*. *Suicide Life Threat Behav.* 26(3):237-52.

JEFATURA DEL ESTADO (2015) *LO 10/1995, de 23 de noviembre, modificada el 28 de octubre de 2015, del CP*. (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.12t1.html)

Clínica Universidad de Navarra (2017) *Diccionario Médico*. (Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico>)

O'CARRROLL PW, BERMAN AL, MARIS RW, MOSCICKI EK, TANNEY BL, SILVERMAN M. (1996) *Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology*. *Suicide Life Threat Behav.* 26(3):237-52.

CONTERIO, K., & LADER, W. (1998). *Daño Corporal: El innovador programa de tratamiento para quienes se autolesionan..* Editado por Hyperion Press, New York

FAVAZZA AR. (1990) *Treatment of patients with self-injurious behavior*. *Am J Psychiatry*. 147: 954-5.

GARCÍA-BARÓ, M. (1997). *Husserl (1859-1938)*. Madrid. Ediciones del Orto.

SHNEIDMAN, E.S. (1976) *Psychological Theory of Suicide*. *Psychiatr Ann*; 6(11):51-56.

SELIGMAN, M.E. (1975) *Helplessness: depression, development and death*. New York: W H Freeman.

QUINTANILLA MONTOYA, ROQUE ET AL. (2003) *Desesperanza y tentativa suicida. Investigación en Salud*; 5(2):113-116.

MURPHY, H.B.M.(1982) *Comparative Psychiatry*. Berlin & New York: Springer.

BOUCHARD, G.(2011) *Le Suicide a l'adolescence*. Editorial Agora, Nº59, Editado por L'Harmattan

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA (2010) *Diccionario panhispánico de dudas*. (Recuperado de: <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=intenci%F3n>)

LADAME, F., RAIMBAULT, G. y SAMY, M.H (1991). *Adolescence et Suicide. Epidémiologie, Psychodynamique, Intervencions*. París, Editor ESF

SANCHEZ, EZEQUIEL - Centro Asistencial San Camilo (2013) *Conferencia de CASC: El suicidio en ancianos*. (Recuperado de: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/El_suicidio_en_ancianos.pdf)

PÉREZ BARREO, SERGIO ANDRÉS (2012) *Factores de riesgo suicida en el anciano*. Cuba, Sección de Suicidiología, Sociedad Cubana de Psiquiatría.

SANCHEZ, EZEQUIEL - Centro Asistencial San Camilo (2013) *Conferencia de CASC: El suicidio en ancianos*. (Recuperado de: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/El_suicidio_en_ancianos.pdf)

TEJEDOR, CARMEN (2009) *Yo nunca he encontrado libertad en un suicida*. (Recuperado de: <http://lescontres.blogspot.com/2009/06/carmen-tejedor-psiquiatra-dirige-el.html>)

IZQUIERDO LLANES, GREGORIO- presidente del INE (2017) *España en cifras 2017*. (Recuperado de: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html)

JEFATURA DEL ESTADO (2015) LO 10/1995, de 23 de noviembre, del CP (Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.l2t22.html)

NaturoImport (2018) *La importancia de la Serotonina y los estados anímicos*. (Recuperado de: http://www.naturimport.es/sites/naturimport.es/files/ImportanciaSerotonina_article_-web.pdf)

INE (2012) Horas de sol por comunidades autónomas y observatorio meteorológicos. (Recuperado de: <http://www.ine.es/daco/daco42/bme/c19.pdf>)

INE (2015) Horas de sol por comunidades autónomas y observación meteorológica. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=1900001.px>)

MINISTERIO DE JUSTICIA (2016) *Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses de Cáceres* (Recuperado de :

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID (2017) *Suicidio y género.* (Recuperado de: <https://www.redaipis.org/wp-content/uploads/2015/02/Suicidio-y-ge--nero.pdf>)

JALÓN, E. G., & PERALTA, V. (2002). *Suicidio y riesgo de suicidio.* Anales Sis San Navarra Vol. 25, Suplemento 3, 87-96.

GILMORE, D. (1994). *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad.* Barcelona: Paidós.

INE (2018) *Población Nacional.* (Recuperado de: https://www.google.com/publicdata/explore?ds=bk0jtrua8ulr2_&mkt_y=persons&hl=es&dl=es#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=persons&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=countr&idim=country:ES&ifdim=country&hl=es&dl=es&ind=false)

INE (2018) *Población de Extremadura.* (Recuperado de: https://www.google.com/publicdata/explore?ds=bk0jtrua8ulr2_&mkt_y=persons&hl=es&dl=es#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=persons&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=countr&idim=area_2:ES43&ifdim=country&hl=es&dl=es&ind=false)

9. LISTADO DE FIGURAS, TABLAS, GRÁFICOS E IMÁGENES

Figura 1 Organización de los IMLCF de la CCAA de Extremadura. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/estructura-funciones>)

Figura 2 Ciclo repetitivo de la conducta autolesiva. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de La autogestión: posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso. (Recuperado de: http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf)

Tabla 1. Factores endógenos y exógenos del suicidio. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de La Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/resumida/documentos/apartado02/factores_asociados.pdf)

Tabla 2. Lesiones más comunes según rango de edad y sexo. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperados de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

Tabla 3. Códigos de lesiones autoinfligidas. Elaboración propia de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

Tabla 4. Defunciones por suicidios, según variables año, CCAA, provincia, ambos sexos. elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2016/l0/&file=06004.px>)

Tabla 5. Defunciones por suicidios, según las variables año, CCAA, provincia, ambos sexos. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos el IMLCF. (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Tabla 6. Defunciones por suicidio, variables ambos sexos, edades y años. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2012/l0/&file=02012.px>)

Tabla 7. Defunciones por suicidio, variables mujer, edades y años. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/l0/&file=02012.px>)

Tabla 8. Ministerio de Justicia (2018) Memorias del Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Tabla 9. Ministerio de Justicia (2016) Memorias del Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Tabla 10. Ministerio de Justicia (2018) Memorias del Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Tabla 11. INE (2018) Estadísticas sobre defunciones del INE. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/l0/&file=02012.px>)

Tabla 12. Ministerio de Justicia (2016) Nº de actuaciones tanatológicas en la Provincia de Cáceres, año 2012-2016. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF (Recuperado de:http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Tabla 13. Ministerio de Justicia (2016) Nº de actuaciones tanatológicas por causas suicidas. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Tabla 14. Etiología Médico Leal Suicida, Provincia de Badajoz. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del IMLCF. (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Tabla 15. MINISTERIO DE JUSTICIA (2016) Instituto de Medicina Legal de Ciencias Forenses de Badajoz (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428642042?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D-Memoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Tabla 16. INE (2018) Estadísticas sobre defunciones del INE. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/l0/&file=02012.px>)

Tabla 18. Ministerio de Justicia (2016) Nº de actuaciones tanatológicas por causas suicidas. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Tabla 19. Ministerio de Justicia (2016) Defunciones por suicidios, según variables año, CCAA, provincia, ambos sexos. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las memorias del IMLCF (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Tabla 20. Defunciones por suicidios, según variables año, CCAA, provincia, ambos sexos. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INE. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2016/l0/&file=06004.px>)

Tabla 21. Ministerio de Justicia (2016) Total de muertes por causas externas suicidas en la CCAA de Extremadura en los año 2012-2016 según fuentes forenses. Elaboración propia a

partir de los datos obtenidos de las Memorias del IMLCF (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Gráfica 1. INE (2016) Defunciones por suicidio por medio empleado, edad y sexo (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

Gráfica 2. INE (2016) Defunciones por suicidio, por medio empleado, edad y sexo (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=05002.px>)

Gráfica 3. INE(2012) Suicidios año 2012, variables sexo y meses del año (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=0500002.px>)

Gráfica 4. INE (2013) Suicidios año 2013, variables sex y y meses del año. (Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=0500002.px>)

Gráfica 5. INE (2014) Suicidios año 2014, variables sexo y meses del año. (Recuperado de:<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t38/p604/a2000/l0/&file=0500002.px>)

Gráfica 6. Defunciones por suicidio entre los años 2012 a 2016. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del IMLCF de Cáceres (Recuperado de: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ministerio/organismos-ministerio-justicia/medicina-legal-ciencias/memorias>)

Gráfica 7. Número de actuaciones tanatológicas entre los años 2012 y 2016. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadere1=r&n=a&m=e&l=C&o=n+t&e=n+t-Disp&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D-Memoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Gráfica 8. Defunciones por suicidio entre los años 2012 a 2016 en Badajoz. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del IMLCF. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428642042?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D-Memoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Gráfica 9. Número de actuaciones tanatológicas entre los años 2012 y 2016. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadere1=r&n=a&m=e&l=C&o=n+t&e=n+t-Disp&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D-Memoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Imagen 1. División de las zonas de tres guardias el IMLCF de los municipios de la Provincia de Cáceres. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Caceres_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)

Imagen 2. División de las zonas de tres guardias el IMLCF de los municipios de la Provincia de Badajoz. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Justicia. (Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428638490?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Grupo&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMemoria_IMLCF_Badajoz_2016.PDF&blobheadervalue2=Docs_IMLCF)