

Suicidio consumado en la vejez en España y Cataluña: análisis comparativo entre factores asociados y estrategias preventivas. Aportes desde el trabajo social sanitario y forense

Death by suicide in old age in Spain and Catalonia: a comparative analysis of associated factors and preventive strategies; contributions from health and forensic social work

Cristina Anoro Lloveras¹

ORCID: 0009-0002-4519-8754

Recepción: 21/07/25. Revisión: 09/09/25. Aceptación: 30/09/25

Para citar: Anoro Lloveras, Cristina. (2025). Suicidio consumado en la vejez en España y Cataluña: análisis comparativo entre factores asociados y estrategias preventivas. Aportes desde el trabajo social sanitario y forense. *Revista de Treball Social*, 229, 67-89. <https://doi.org/10.32061/RTS2025.229.03>

Resumen

En España, al igual que la mayoría de los países, las personas mayores de 65 años tienen las tasas más altas de suicidio. Estas aumentan con la edad y son lo suficientemente grandes como para constituir un problema social y de salud pública.

El suicidio visible en España, el que aparece en las estadísticas presentadas, no es un problema menor. Es la principal causa externa de muerte en la población de entre 65 y 69 años tanto a escala nacional como autonómica.

Esto es especialmente importante dado el continuo aumento en el tamaño de la población anciana y especialmente preocupante dada la

¹ Trabajadora social sanitaria y forense. Gerontóloga social y criminóloga. Directora en residencia de personas mayores. tinaanoro@gmail.com

escasez de datos estadísticos fiables sobre el número de muertes por suicidio en las personas de más de 65 años; así como por el desconocimiento absoluto, estadísticamente hablando, de los factores que inciden en él.

El objetivo del presente estudio ha sido el de identificar los factores relacionados con el suicidio consumado de las personas ancianas en nuestro territorio. En concreto, a partir de los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, se analizan las tasas de mortalidad por suicidio en la población mayor de 65 años, las causas de la muerte y el medio empleado, así como las causas básicas de defunción.

Posteriormente, hemos confrontado estos resultados con las estrategias definidas en los planes actuales de prevención del suicidio de las administraciones sanitarias. El propósito final es el de evidenciar si existe una relación coherente entre los factores vinculados al suicidio y las acciones preventivas actuales.

Palabras clave: Suicidio, vejez, factores precipitantes, planes de prevención, acciones preventivas.

Abstract

In Spain, as in most countries, people over the age of 65 have the highest suicide rates. These rates increase with age and are significant enough to constitute a social and public health problem.

Visible suicides in Spain—those cases recorded in official statistics—are far from a minor issue. They represent the leading external cause of death among people aged 65 to 69, both at the national and regional levels.

This situation is particularly noteworthy given the continuous growth of the older population and is especially concerning in view of the scarcity of reliable statistical data on deaths by suicide among those over 65, as well as the almost complete lack of statistically grounded knowledge about the factors influencing such deaths.

The aim of this study is to identify the factors associated with death by suicide among older adults in our context. Specifically, drawing on official data from the National Institute of Statistics, we analyse suicide mortality rates in the population over 65, the causes of death and methods used, and the underlying causes of mortality.

We then compare these findings with the strategies set out in current suicide prevention plans of the health administrations. The ultimate goal is to determine whether there is a coherent relationship between the factors linked to suicide and the preventive actions currently being implemented.

Keywords: Suicide, old age, precipitating factors, prevention plans, preventive actions.

Introducción

Desde siempre, el concepto de suicidio nos ha traído una sensación de profundo malestar, producto del misterio que nos provoca la puesta en acto de la muerte personal por decisión propia. Este misterio, curiosamente, necesita explicación, y digo curiosamente porque la muerte, en general, no hay que explicarla, pero parece que la que es por decisión propia, sí (Salvarezza, 2009, p. 11).

De esta manera, el suicidio pasa a ser considerado como una muerte diferente.

La palabra *suicidio* (del latín *suicidium*) proviene de la conjunción de dos vocablos latinos, *sui*, 'sí mismo' y *cidium*, 'matar', y es definido como "la muerte voluntaria de un individuo". Más determinante, en 1938 Meninger lo definió como "el asesinato de sí mismo" (Meninger, 1938, citado por Mesones, 2014, p. 35).

La presente investigación centra su atención en el suicidio en la vejez.

El concepto de vejez puede ser entendido de forma muy variable, pues no está claro cuál es el estadio de vida en el cual se ingresa en la vejez. En este estudio se hará referencia a la vejez desde un punto de vista cronológico, dado que en nuestra sociedad continúa relacionándose la vejez con la jubilación, 65 años (Alvarado y Salazar, 2014).

El término *suicidio* incorpora diversos matices tanto al acto mismo como a su resultado que generan un nutrido conjunto de términos que van apareciendo alrededor del hecho de quitarse la vida: ideación suicida, deseo suicida, comunicación suicida, plan suicida, gesto suicida, intento de suicidio, suicidio frustrado, suicidio consumado.

En el presente estudio, nos centraremos en exclusiva en analizar los suicidios consumados de las personas mayores de 65 años en España y Cataluña, con el objetivo de identificar los factores relacionados con los mismos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala el suicidio como "un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores personales, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales" (OMS, 2014, citado por Plan Director de Salud Mental y Adicciones, 2021, p. 16).

A pesar de ello, diferentes estudios, casi por unanimidad, relacionan el suicidio en la vejez con el diagnóstico de depresión.

Paralelamente, se apunta a que más del 80% de las personas ancianas que se suicidaron no recibieron referencia psiquiátrica (Duckworth y McBride, 1996).

A partir de la ausencia de referencia psiquiátrica, en los casos de suicidio consumado, se incorpora la autopsia psicológica como herramienta prioritaria que permite analizar los perfiles de las personas que mueren por suicidio (Jiménez, 2001).

El diagnóstico más frecuente es el de trastornos afectivos, y entre la mitad y dos tercios corresponden a trastorno depresivo (Dorpat y Ripley, 1960).

La autopsia psicológica es un método desarrollado inicialmente para intentar construir un cuadro detallado de la sintomatología de la víctima, sus comportamientos y sus circunstancias de vida en las semanas y meses anteriores a la muerte a través de entrevistas detalladas con informantes confiables y significativos del entorno del suicida.

Frente al método expuesto, las investigaciones epidemiológicas demuestran que el aislamiento social de las personas que se suicidan es pronunciado (Conwell y Duberstein, 1998). En consecuencia, se puede poner en evidencia la asignación del diagnóstico del fallecido establecido a partir de la información obtenida por otros.

Del mismo modo, se establece que las personas ancianas tienen un alto riesgo de depresión que las expone al suicidio y que, además, las mujeres mayores tienen más probabilidades de experimentar depresión que los hombres mayores (Obuobi-Donkor et al., 2021), pero ante esta afirmación cabe añadir que el suicidio exitoso es más común en los hombres, por lo que el nivel de la carga de depresión en el suicidio entre las personas ancianas parece no estar bien abordado.

A pesar de todo ello, el suicidio ha sido incorporado, en exclusiva, a programas de salud mental.

En este sentido, en 2008 el Parlamento Europeo adoptó una resolución sobre salud mental: el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (Comisión Europea, 2008). En él se establecen cinco áreas de actuación, la primera de las cuales es la prevención de la depresión y el suicidio.

Asimismo, desde la OMS, la prevención del suicidio ha sido incluida en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2021).

En la misma línea, recientemente en España, Sanidad ha creado el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 (Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental, 2025) el cual se enmarca en la continuidad de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022).

En Cataluña, el Departament de Salut ha presentado el Plan de Prevención del Suicidio 2021-2025, que se encuentra dentro del Plan Director de Salut Mental y Addiccions (PDSMMyA) (Plan Director de Salud Mental y Adicciones, 2021).

De este modo, la incorporación, en exclusiva, del suicidio a programas de salud mental sesga la multifactorialidad definida por la OMS, patologizando el suicidio y dificultando el análisis de otros factores biopsicosociales que pueden ser decisivos, especialmente para el ámbito del trabajo social.

En 1990, Heim y Lester publicaron un trabajo en la revista *Acta Psychiatrica Escandinavica* en el que afirmaban que las personas ancianas dejan notas suicidas (NS) más habitualmente que los demás grupos etarios (Heim y Lester, 1990, citado por Matusevich y Pérez, 2009, p. 138).

Al rastrear las NS de personas de más de 65 años, Leenaars observó, como patrón de análisis, que en las NS escritas la ambivalencia se muestra menos, ya que sus notas son menos contradictorias, más directas y con una explicación más clara de los motivos que los impulsaron al acto. Este hallazgo tiene implicancias directas tanto en la comprensión del suicidio como en las estrategias de intervención, enfrentándonos al hecho de que la mayoría de las personas ancianas que realizan una tentativa presentan un verdadero deseo de morir (Leenaars, 1992, citado por Matusevich y Pérez, 2009, p. 138).

Los grandes temas que aparecen en las notas suicidas de las personas ancianas son: enfermedad física, dolor crónico, discapacidad, depresión, soledad y aislamiento (Matusevich y Pérez, 2009).

Mediante estas se entiende la depresión como un factor de riesgo, no como la principal causa por la cual las personas ancianas decidieron suicidarse.

Así, se establece la necesidad de valorar de igual manera las quejas somáticas, las limitaciones funcionales y las realidades sociales de las personas ancianas.

En este sentido, la OMS (2024) apunta:

Muchas personas que tienen pensamientos suicidas no sufren problemas de salud mental, y muchas personas con problemas de salud mental no tienen deseos de morir. En situaciones de crisis relacionadas con el suicidio, se deben considerar muchos factores subyacentes y causas concomitantes, como el malestar psíquico grave, el dolor crónico, una experiencia de violencia y los determinantes sociales (p. 1).

Del mismo modo, desde la Estrategia de Salud Mental 2022-2026, del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2022) se indica que: “No toda conducta suicida es expresión de un trastorno mental” (p. 79).

Y desde el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027, del Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental (2025), se establece: “La conducta suicida no es una enfermedad en sí misma, sino una manifestación de un sufrimiento emocional profundo” (p. 12).

Finalmente, desde el Plan de Prevención del Suicidio 2021-2025 (Plan Director de Salud Mental y Adicciones, 2021), se señala:

La conducta suicida no siempre es atribuible a un trastorno mental, pues pueden existir situaciones en las cuales la muerte autoinfligida sea el objetivo de una decisión tomada después de una reflexión lúcida y como una salida digna frente una situación vital que puede ser inaceptable (p. 20).

Aquí, el PLAPRESC hace referencia a las situaciones de suicidio asistido las cuales no forman parte del plan dado que, tal y como se manifiesta, el PLAPRESC interviene en la prevención de cualquier muerte evitable.

En el presente estudio, creemos que no todas las decisiones de morir, por parte de una persona mentalmente competente, pueden encajarse en el suicidio asistido legislado en nuestro país. Entendemos que gran parte de los suicidios consumados por personas mentalmente competentes también podrían ser evitables si conociéramos los factores que inciden en él.

La mortalidad evitable es entendida, por Vergara et al. (2009), como: “los casos de muerte por procesos que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos” (p. 3).

Por este motivo, nace el presente estudio con el objetivo de identificar los factores relacionados con el suicidio consumado de las personas ancianas en nuestro territorio. En concreto, a partir de los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE), se analizan las tasas de mortalidad por suicidio en la población mayor de 65 años, las causas de la muerte y el medio empleado, así como las causas básicas de defunción.

Posteriormente, hemos confrontado estos resultados con las estrategias definidas en los planes actuales de prevención de suicidio de las administraciones sanitarias. El propósito final es el de evidenciar si existe una relación coherente entre los factores vinculados al suicidio y las acciones preventivas.

Por último, hemos establecido nuevas líneas de investigación vinculadas al registro de información: motivos manifestados y registrados en las últimas consultas de Atención Primaria de Salud (APS) y factores precipitantes manifestados en las notas suicidas (NS) y registrados por los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF). Estas nuevas líneas de investigación buscan registrar estadísticamente el contexto social y sanitario de las personas ancianas fallecidas por suicidio.

Finalmente, hemos señalado la necesidad de fomentar la investigación social y comunitaria por parte del trabajo social sanitario y el trabajo social forense con el objetivo de mejorar la evidencia científica sobre el suicidio en la vejez.

Metodología

Con el objetivo de identificar los factores relacionados con el suicidio consumado de las personas mayores de 65 años en nuestro territorio, hemos analizado la última información estadística sobre suicidios en España ofrecida por el INE, correspondiente al año 2023 (datos definitivos).

El criterio de selección de la muestra ha sido fijado en las personas mayores de 65 años, residentes en España y, posteriormente, en Cataluña.

Hemos elegido la metodología cuantitativa y la técnica de investigación estadística para poder medir el suicidio en la vejez en España y Cataluña estableciendo, cuantitativamente, los principales factores relacionados con el suicidio consumado de las personas ancianas.

Nos interesaba especialmente recopilar los datos estadísticos oficiales, publicados por el INE, dado que constituyen una de las fuentes de información más importantes en el campo de la Sanidad (INE, 2024).

En el procedimiento de análisis se ha seleccionado el registro de tasa de mortalidad por suicidio, con el objetivo de establecer el número de muertes por suicidio de las personas ancianas, tanto a escala nacional como autonómica.

Posteriormente, se ha analizado el registro de defunciones por suicidio, para dimensionar el medio empleado, según sexo, de las personas ancianas.

Finalmente, se ha examinado el registro de causa básica por defunción (098. Suicidio y lesiones autoinfligidas, establecido a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)), para conocer la causalidad oficial presentada.

Se han descartado los registros de suicidios por tamaño de municipio y capital de residencia, los registros por mes de defunción y los registros por nacionalidad, por no aportar información relevante para el objeto de la presente investigación.

Los resultados han sido organizados diferenciando: tablas de tasas de mortalidad, tablas de número de suicidios, tablas de número de defunciones y gráficos (a escala nacional y por comunidad autónoma).

A través del método de investigación descriptivo hemos analizado e interpretado como los resultados podían justificar o no las actuales estrategias de Sanidad y Salud entorno a la prevención del suicidio.

Para ello, desde la perspectiva del trabajo social, se ha realizado un análisis de contenido de los planes de prevención del suicidio en nuestro territorio.

Se ha analizado el Pacto Europeo para la Salud mental y el Bienestar 2008 de la Unión Europea (Comisión Europea, 2008), el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2021), la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022), el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental, 2025) y el Plan de Prevención del Suicidio 2021-2025 (PLAPRESC) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Plan Director de Salud Mental y Adicciones, 2021).

El objetivo ha sido el de conocer el marco desde donde se establece el diseño de los planes de prevención del suicidio en nuestro territorio con el que poder confrontar los datos presentados, estableciendo la adecuación o no de los mismos.

Entre las dimensiones de estudio de los planes se establecen la fundamentación del plan y las acciones y estrategias preventivas del suicidio en las personas ancianas.

En la presente investigación se han respetado los principios éticos.

Se ha presentado la información de manera objetiva asegurando que toda la información relevante en la interpretación de los resultados pudiera también ser accesible para los lectores (principio de objetividad).

De esta manera, se ha garantizado el principio de transparencia tanto en la recolección de datos como en el análisis de estos.

Resultados

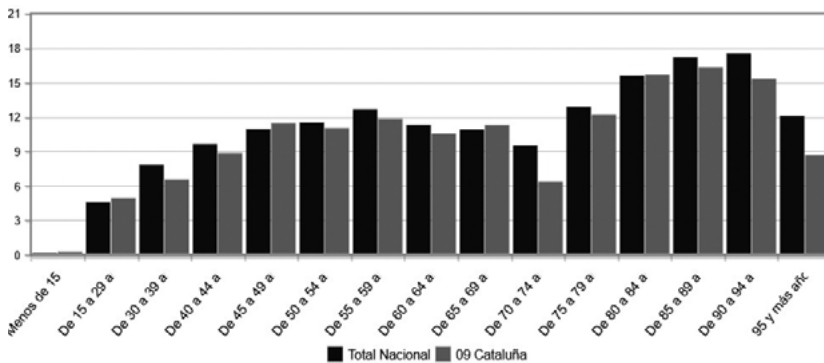
1. Tasas de mortalidad por suicidio, a escala estatal y autonómica, de personas mayores de 65 años

En España, durante el año 2023 se estableció una tasa media anual de suicidio, por población de 100.000, del 95,555 en la población de mayores de 65 años y en Cataluña, durante el mismo año, la tasa media anual de suicidio fue del 85,791 en la misma población (INE, 2023a).

A escala nacional, la franja de edad más destacable, en la tasa de mortalidad por suicidio, se sitúa desde los 90 a los 94 años (17,500). En el ámbito autonómico, se sitúa en la franja de 85 a 89 años (16,287).

Esto implica que las tasas de muerte por suicidio de las personas ancianas se sitúan en las franjas de edad más avanzadas. Tanto a escala nacional como autonómica, las personas mayores de 65 años representan más de la mitad de la tasa de mortalidad por suicidio: 53,36 en el ámbito nacional y 56,76 en el ámbito autonómico (INE, 2023a).

Figura 1. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y período. Unidades: tanto por 100.000. Resultados nacionales y autonómicos



Fuente: INE, 2025a.

En cuanto a la edad, hay que indicar que una cosa es el volumen de suicidios producidos en una cohorte de edad (donde el volumen de suicidios se concentra especialmente en las edades intermedias entre los 30 y los 60 años) y otra diferente es la tasa que se produce por cada 100.000 habitantes en cada una de ellas, donde las tasas más altas corresponden a las edades más avanzadas.

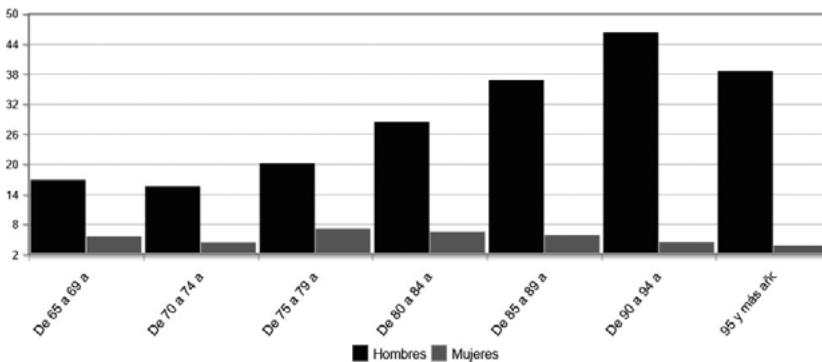
Hay que destacar que las defunciones según la causa por 100.000 habitantes nos permiten un análisis sintético de la frecuencia con la que el fenómeno de la mortalidad aparece en la población.

En el año 2023 (últimos datos definitivos publicados por el INE, 2023b), se registraron 1.231 muertes por suicidio en España de personas mayores de 65 años, 918 de varones (74,6%) y 313 de mujeres (25,4%). Esto implica que casi el 30% de los suicidios nacionales es representado por personas mayores de 65 años. A escala autonómica representan el 28,4%.

En relación con el sexo, tanto a escala nacional como autonómica, se reproduce el patrón prácticamente universal de tres muertos varones por cada muerte de mujer (INE, 2023b).

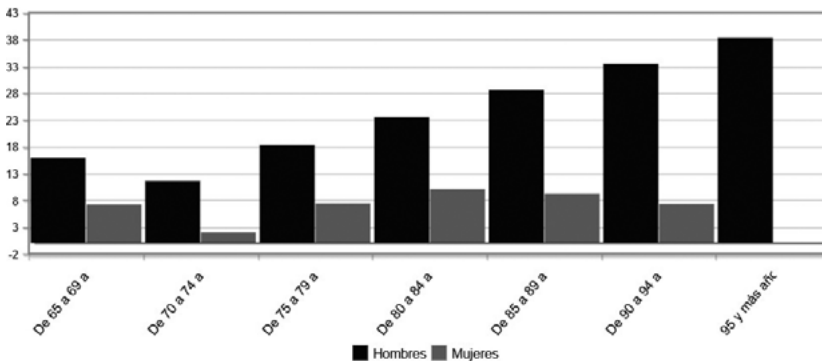
A continuación, se exponen los gráficos sobre la tasa de mortalidad por suicidio, por sexo, de las personas mayores de 65 años en el año 2023 tanto a escala nacional como autonómica.

Figura 2. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y período. Unidades: tanto por 100.000. Resultados nacionales



Fuente: INE, 2025b.

Figura 3. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y período. Unidades: tanto por 100.000. Resultados autonómicos



Fuente: INE, 2025c

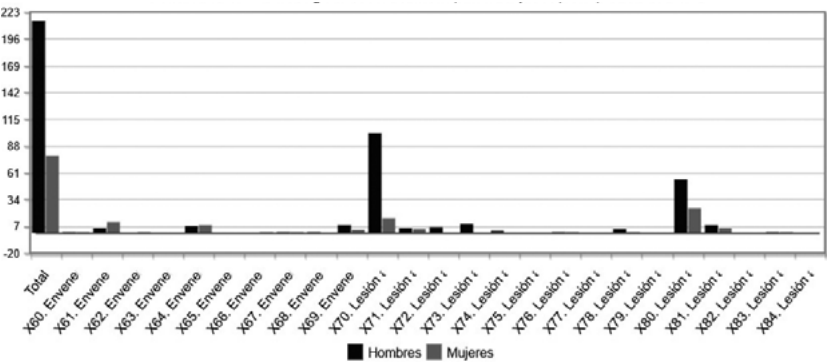
2. Registro de defunciones por suicidio. Distribución de los suicidios por método empleado, sexo y edad

En relación con el tipo de suicidio por medio empleado en las personas mayores de 65 años, las cifras arrojan resultados contundentes.

El ahorcamiento o estrangulación: X70. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (CIE-10). Es el método empleado por los hombres, mayores de 65 años, en casi la mitad de los casos (49,78%) en el ámbito nacional.

Las mujeres mayores de 65 años optan por la precipitación: X80. Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (CIE-10) en casi el 40% de los casos (39,60%) en el ámbito nacional.

Figura 4. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. Estadística de defunciones según la causa de muerte, medio empleado. Hombres y mujeres. De 65 a 95 años y más. Unidades: suicidios. Resultados nacionales



Fuente: INE, 2025d.

Desde la OMS, se recomienda como intervención de eficacia demostrada restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (OMS, 2025).

Aquí, cabe apuntar que limitar el acceso a los medios de suicidio puede resultar una estrategia efectiva en otros países (donde los plaguicidas y armas de fuego, entre otros, son usados como medios), pero no en España, donde los medios de suicidio empleados por los mayores de 65 años son, mayoritariamente, el ahorcamiento y la precipitación.

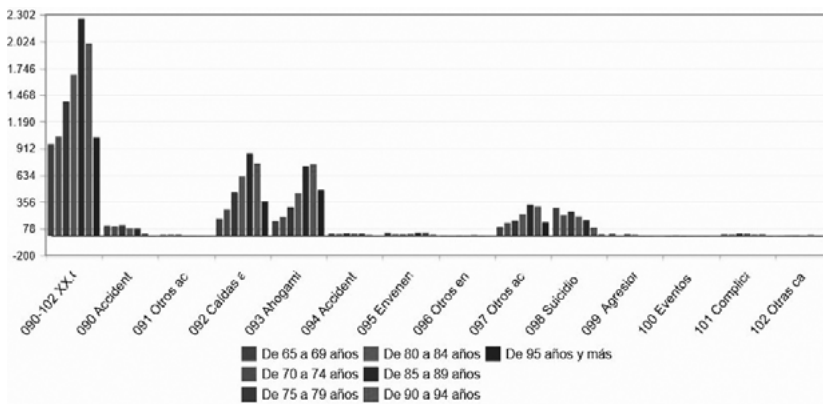
3. Registro de causa básica de defunción

El siguiente gráfico, sobre el registro de causa básica de defunción, nos permite ver como el suicidio visible en España, el que aparece en las estadísticas presentadas, no es un problema menor. De hecho, es la principal causa externa de muerte en la población de 65 a 69 años tanto a escala nacional como autonómica: 098. Suicidio y lesiones autoinfligidas (CIE-10).

Aun representando la primera causa externa de muerte en esta franja de edad, la escasa fiabilidad de la información estadística sobre las muertes por suicidio de las personas mayores de 65 años se produce de forma generalizada; por lo tanto, se entiende la existencia de una subestimación de las cifras reales.

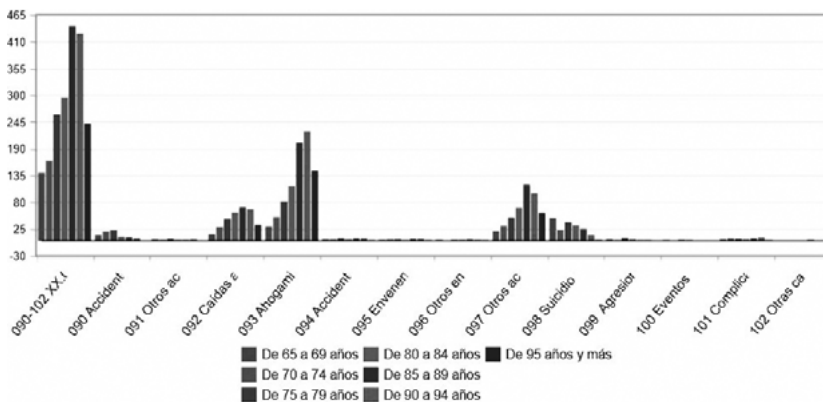
Es probable que el subregistro y la clasificación errónea sean mayores problemas para el suicidio que para la mayoría de las otras causas de muerte, pues, en el registro de causa básica de defunción presentado, podemos ver cómo son clasificadas las causas externas de mortalidad.

Figura 5. Causas básicas de defunción. Defunciones por causas (lista reducida) y edad. Unidades: defunciones. Resultados nacionales



Fuente: INE, 2025e.

Figura 6. Causas básicas de defunción. Defunciones por causas (lista reducida) y edad. Unidades: defunciones. Resultados autonómicos



Fuente: INE, 2025f.

En las causas externas de mortalidad de las personas mayores de 65 años, se destaca:

Caidas accidentales (092). En el ámbito nacional, las personas mayores de 65 años representan el 33,90% de esta causa de defunción, estableciéndose como primera causa externa de muerte de la población mayor de 65 años. En el ámbito autonómico se establece como tercera causa representada por un 15,88%.

Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales (093). A escala nacional, esta causa de defunción se establece como la segunda causa externa de muerte de la población mayor de 65 años (29,46%). A escala autonómica, se sitúa en la primera causa externa de muerte representada por un 42,89%.

Otros accidentes (097). En la esfera nacional, las personas mayores de 65 años representan el 13,42% de esta causa de defunción, estableciéndose como tercera causa externa de muerte de la población mayor de 65 años. En la esfera autonómica, se establece como la segunda causa externa de muerte, representada por el 22,23%.

Como cuarta causa externa de mortalidad en la población mayor de 65 años, se establece el suicidio tanto a escala nacional (11,89%) como autonómica (9,08%). Aquí, cabe apuntar que, en la franja de edad de 65 a 69 años, el suicidio se sitúa en la primera causa externa de mortalidad tanto en el ámbito nacional como autonómico.

En todas ellas (092, 093, 097) se presenta un factor que favorece que las estadísticas oficiales puedan reflejar un número de suicidios y tasas inferiores a las que realmente se producen. Hablamos del factor de intencionalidad del sujeto. La dificultad en identificar la intencionalidad de ciertos suicidios puede llevar a subregistrarlos como accidentes.

4. Planes actuales de prevención del suicidio de las administraciones sanitarias: estrategias y acciones definidas para prevenir el suicidio en las personas mayores

Figura 7. Análisis de contenido. Planes actuales de prevención del suicidio de las administraciones sanitarias en España y Cataluña

PLAN DE PREVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN DEL PLAN	ESTRATEGIAS Y ACCIONES PREVENTIVAS DEL SUICIDIO ESPECÍFICAS EN LA VEJEZ
EUROPA		
Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (Comisión Europea, 2008)	<p>El Pacto se fundamenta en el nivel de salud mental y bienestar de la población, dado que se establece como el factor clave que determina el éxito de la UE.</p> <p>La población de la UE está envejeciendo y el envejecimiento puede acarrear ciertos factores de riesgo para la salud mental y el bienestar.</p> <p>Los índices de suicidio son elevados en las personas mayores.</p>	<p>Impulsar un envejecimiento saludable y activo.</p> <p>Instar a los que elaboran políticas y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas relativas a la salud mental de las personas mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad fomentando su actividad física y las oportunidades educacionales. ▪ Desarrollar esquemas de jubilación flexibles que permitan a las personas mayores seguir en su puesto de trabajo durante más tiempo ya sea a tiempo completo o tiempo parcial. ▪ Desarrollar medidas para fomentar la salud mental y el bienestar entre las personas mayores que reciben cuidados (médicos y/o sociales) en el ámbito comunitario e institucional. ▪ Establecer medidas de apoyo a los cuidadores.
Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2021)	<p>El Plan se fundamenta en la salud mental y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países.</p> <p>La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes del Plan.</p>	<p>Estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental</p> <p>Acciones preventivas propuestas para los Estados miembros:</p> <p>Elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, entre los que se encuentran las personas mayores.</p>

Suicidio consumado en la vejez en España y Cataluña: análisis comparativo entre factores asociados y estrategias preventivas. Aportes desde el trabajo social sanitario y forense.

ESPAÑA		
Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022)	La Estrategia se fundamenta en la mejora de la salud mental de la población a través de la promoción de un modelo de atención integral y comunitaria. Se destaca el suicidio como uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios y sociales, constituyendo uno de los problemas graves de salud pública en España.	Líneas estratégicas <u>Línea 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida</u> Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Detectar precozmente y prevenir el riesgo suicida: intervenir en colectivos vulnerables según sus necesidades específicas como son las personas mayores (con especial atención a aquellas que se encuentran en una situación de soledad no deseada).▪ Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida, a través de las siguientes recomendaciones:<ul style="list-style-type: none">- IV. Desarrollar una atención adecuada a la edad de la población, con el fin de poder abordar las especificidades que les sean propias con profesionales formados.- VII. Desarrollar e implantar protocolos de prevención en centros de atención a personas mayores.
Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 (Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental, 2025)	El Plan se fundamenta en la necesidad de reducir y prevenir la conducta suicida en la población a través de acciones específicas, con particular atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad, entre las cuales se encuentran las personas mayores.	Líneas estratégicas <u>Línea 2. Sensibilización</u> Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ 2.1. Realizar campañas de sensibilización, promoción de la salud mental, concienciación contra el estigma y prevención de la conducta suicida de ámbito estatal, prestando especial atención a las personas mayores. <u>Línea 3. Prevención en situaciones de vulnerabilidad</u> Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ 3.1. Establecer mecanismos para la identificación de personas que se encuentran en situación de soledad no deseada que acuden al sistema sanitario, con el fin de facilitar su vinculación con la red comunitaria.▪ 3.2. Establecer iniciativas para la promoción de un buen estado de salud mental desde un enfoque comunitario en el ámbito local, prestando especial atención a las personas mayores, con el fin de fomentar la vinculación con el entorno. <u>Línea 4. Prevención en todas las políticas</u> Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ 4.13. Favorecer la implementación de autopsias psicológicas en colectivos en situación de vulnerabilidad.▪ 4.15. Implementar estrategias de trabajo conjunto para la prevención del suicidio, a través de la coordinación sociosanitaria, reforzando la atención integral para abordar los determinantes sociales que impactan en el bienestar emocional. Especialmente dirigido a personas mayores.

CATALUÑA		
Plan de Prevención del Suicidio de Catalunya: PLAPRESC 2021-2025 (Plan Director de Salud Mental y Adicciones, 2021)	El Plan se fundamenta en la necesidad de reducir la prevalencia y el impacto de la conducta suicida mediante la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios de la red de salud mental y adicciones para personas en situación de elevado riesgo de suicidio.	Estrategias preventivas prioritarias Acciones: <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los factores protectores personales y medioambientales frente al suicidio teniendo en cuenta las características, el sexo y la edad de los diferentes grupos destinatarios, de forma coordinada con el Plan interdepartamental de salud pública. (Acción 003, 2-P, PLAPRESC).
		Estrategias preventivas no prioritarias Acciones: <ul style="list-style-type: none"> Reforzar la red relacional de las personas. (Acción 020, PLAPRESC).
		Estrategias prioritarias de prevención selectiva (colectivos en situación de vulnerabilidad o riesgo) Acciones: <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en gente mayor, personas con enfermedades crónicas y discapacidades, personas con dolor, enfermedad avanzada y otras personas en situación de vulnerabilidad, de forma integrada y coordinada con los diferentes ámbitos y servicios implicados. (Acción 085, 22-P, PLAPRESC).

Fuente: Elaboración propia.

Tras el análisis de contenido del estado actual de las medidas dirigidas a la contención del suicidio de las personas ancianas, tanto a escala estatal como autonómica en España, se señala como elemento común a todos los planes que el marco definitorio de la contención del suicidio es adscrito al territorio de la salud mental. Esto significa que, ineludiblemente, se conceptualiza el suicidio como un problema radicado en la psicopatología de los individuos, más que como un problema social. De ahí su inclusión en políticas y planes de salud mental (Castillo, 2022).

Hay una falta de análisis de estas políticas por parte de las ciencias sociales, la cual indirectamente retroalimenta que no se esté entendiendo el suicidio de acuerdo con una etiología multifactorial.

Asimismo, se destaca que, a pesar de que en todos los planes analizados las personas ancianas son consideradas como grupo de particular vulnerabilidad a las que prestar especial atención, no se establece, en ninguno de ellos, una línea estratégica específica para abordar la conducta suicida en la vejez. Todo queda reducido a algunas acciones.

Discusión

Tanto a escala nacional como autonómica, la tasa de mortalidad por suicidio de las personas mayores de 65 años representa más de la mitad que las muertes por suicidio en edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. Esto implica que las personas ancianas tienen las tasas más altas de suicidio y, de acuerdo con el principio de racionalidad que caracteriza la gestión pública, se estimaría que a más alta la tasa, mayor urgencia en las medidas de contención (Castillo, 2022).

A este respecto, el Observatorio del Suicidio en España (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022) establece la necesidad de elaborar una estrategia para incidir en el suicidio de la población anciana, dado que el riesgo de suicidio aumenta con la edad.

Teniendo en cuenta los rápidos aumentos que se prevén en el tamaño de la población anciana, impulsados por el envejecimiento de la cohorte de población del *baby boom*, la necesidad manifestada pasa a ser una urgencia (Conwell et al., 2012).

El establecimiento de un plan específico para abordar el suicidio en la vejez (dadas las características de este grupo etario) nos permitiría salir de la situación precaria actual en cuanto al conocimiento de los factores que acompañan el suicidio en la vejez y su abordaje.

El conocimiento de los factores de riesgo y de protección (presentes en algunos de los planes actuales) es necesario, pero no suficiente para un diseño efectivo de intervenciones preventivas (Conwell et al., 2012), dado que, para poder diseñar intervenciones preventivas es preciso comprender todas aquellas circunstancias que no solo rodean el acontecimiento, sino que lo precipitan.

Del mismo modo, los factores que influyen en el suicidio consumado pueden ser distintos según el grupo de edad que se estudie.

En las personas ancianas, los factores precipitantes suelen asociarse a la soledad y cambios negativos en el estado físico y de salud (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2024), es decir, factores sociales y sanitarios.

Entendemos que, si las defunciones son consecuencia de un conjunto de causas de tipo biológico, económico, sanitario y social (INE, 2024), hay que poder acceder a ellas para analizarlas. Esto requiere, previamente, registrarlas.

En este sentido, con las defunciones de 2020 se incorporan los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) al circuito de información, proporcionando también información sobre la causa de muerte en las defunciones con intervención judicial, a través de una aplicación diseñada por el INE a tal efecto. Estas proporcionan información detallada y ajustada a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Resultaría necesario que, además del registro legal y estadístico actual, cuando se investiga la causa de muerte se incorporaran los factores que han precipitado el acto suicida, manifestados por los sujetos

difuntos, a través de sus notas suicidas (NS). Entendemos como factores precipitantes: enfermedad física, dolor crónico, discapacidad, depresión, soledad y aislamiento; entre otras posibles causas manifestadas en las NS.

Hablamos de registrar estadísticamente el contexto social y sanitario de la persona anciana fallecida por suicidio, mediante la categorización de conceptos que lo describan y que pudieron actuar como estresores o precipitantes.

La Autopsia Social (AS), como técnica pericial forense post mortem, nos permite realizar una exploración retrospectiva e indirecta (Sánchez, 2017) para posteriormente registrar el contexto, con criterios y estrategias propias del trabajo social forense.

Entendemos que, si el suicidio es un problema social y sanitario, es necesario que se incorpore el contexto social y sanitario en el registro de datos estadísticos oficiales, publicados por el INE, dado que constituyen una de las fuentes de información más importantes en la elaboración de los planes de prevención del suicidio.

Aplicabilidad y nuevas líneas de investigación

Las ideas suicidas (IS), a menudo llamadas pensamientos suicidas, es un término amplio que se usa para describir una variedad de contemplaciones, deseos y preocupaciones con respecto a la muerte y el suicidio.

Las ideas de no querer vivir más se encuentran en un gran número de personas ancianas y sus IS resultan ser un fenómeno heterogéneo. Las razones suelen ser multifactoriales y, en ocasiones, se remontan mucho tiempo atrás en su biografía. Las limitaciones resultantes de enfermedad físicas, trastornos mentales y problemas sociales hacen una contribución importante (Lindner et al., 2022).

Se apunta a que la mayoría de las personas ancianas que se suicidan no comunican sus intenciones con la misma frecuencia con la que lo hacen los miembros de otros grupos etarios (Conwell y Duberstein, 1998). Por lo que, en la vejez, no existe una asociación clara entre respaldar IS e intentar suicidarse.

La evidencia adicional de la débil asociación entre las IS informadas y los suicidios fatales se constata cuando se comparan resultados: a pesar de la baja prevalencia de IS informadas en la vejez, tienen la tasa más alta de muerte por suicidio (Bonnie et al., 2022).

Por lo tanto, confiar en las IS verbalizadas o informadas como puerta de entrada para evaluar el riesgo de suicidio en la vejez puede ser inadecuado, especialmente cuando se niegan las IS (Laflamme et al., 2022).

Por otro lado, hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones existentes se centran en los predictores de suicidio, como los intentos de suicidio anteriores (Tang et al., 2022).

En el caso de las personas ancianas, a menudo el primer intento es fatal: debido a la letalidad de sus medios, la fragilidad existente y la falta de deseo u oportunidad de rescate (Gramaglia et al. 2019), por lo que, en estos casos, no se dispone de predictores de suicidio para este grupo etario.

Un metaanálisis reciente de 44 estudios de servicios de atención médica, utilizados por víctimas de suicidio, mostró una dependencia principal de los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) en todos los países.

Los profesionales de APS se establecían más aptos para tener una relación con los pacientes y tener una comprensión más completa de su historial de salud. Además, por tener una relación preestablecida, cuando los pacientes experimentaban un empeoramiento de las IS o factores precipitantes de la conducta suicida, era más probable que buscaran ayuda en los profesionales de APS. Los estudios muestran que entre el 80% y el 90% de los fallecidos por suicidio aumentaron su contacto con los profesionales de APS en el año y los meses previos al suicidio. El 44% tuvo contacto en su último mes de vida (Bonnie et al., 2022).

Entonces, si las personas ancianas que se suicidan no comunican sus intenciones, los datos presentados en estos estudios pueden llevarnos a pensar que el objetivo del aumento de contacto con los profesionales de APS, en el caso de las personas ancianas, no es el de verbalizar sus IS.

Así, se establece una nueva línea de investigación dada la necesidad de conocer los motivos por los cuales las personas ancianas contactaron con los profesionales de APS antes de consumir el suicidio.

Para ello, se requiere hacer el estudio de los motivos de consulta de los sujetos difuntos que, a través de la práctica profesional, fueron registrados en la historia clínica.

Podemos interpretar que las personas ancianas que contactaron con la APS buscaron atención profesional a sus vulnerabilidades. Una interpretación que queda reforzada por el hecho de que la situación de vulnerabilidad, asociada a las personas ancianas, se encuentra presente en todos los planes actuales de prevención del suicidio analizados.

El concepto de vulnerabilidad es entendido como el conjunto de circunstancias en las que el individuo experimenta, en un momento específico, una o múltiples dificultades fisiológicas, psicológicas, socioeconómicas o sociales que pueden interactuar para aumentar su riesgo de ser dañados o tener problemas para enfrentarse a dichas dificultades que repercuten negativamente en su vida (Levasseur et al., 2022).

Sabemos que, en las personas ancianas, las vulnerabilidades no solo responden a factores propios del envejecimiento biológico (como el deterioro físico o las enfermedades crónicas), sino que están profundamente influenciadas por factores sociales, psicológicos, económicos y ambientales. De ahí, la necesidad de que sean analizadas desde la APS con una perspectiva integral de la salud, teniendo en cuenta los condicionantes sociales que influyen en la salud y en los modos de enfermar y que solo pueden ser analizados desde el trabajo social sanitario (TSS).

A partir de aquí, se propone acceder desde el TSS a las vulnerabilidades registradas en consulta para analizarlas, a través de la técnica de observación documental de los registros, y establecer desde un enfoque biopsicosocial los indicadores de alerta de las personas ancianas suicidas en su contacto con la APS.

Conclusiones

Medir cuántas personas fallecen cada año por suicidio ayuda a determinar la eficacia de nuestros sistemas de salud y a dirigir los recursos hacia donde más se necesitan.

En este sentido, la OMS establece que la tasa de suicidios es la mejor opción para reflejar las mejoras logradas con los esfuerzos de prevención (Meta mundial 3.2., OMS, 2021).

Este hecho confirma la situación actual: las personas ancianas tienen las tasas más altas de suicidio y, paralelamente, los planes actuales reflejan un vago esfuerzo de prevención del suicidio en la vejez.

El resultado del presente estudio, basado en la realidad estadística de nuestro territorio y contrastado con las estrategias actuales, busca no solo evidenciar la necesidad de establecer un plan específico para abordar el suicidio en la vejez, sino también constatar la necesidad de que sea establecido fuera de un marco, exclusivo, de salud mental.

Si el suicidio también es un problema social hay que poner en marcha planes sociales, puesto que, tal y como se señala en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (OMS, 2021): “además de los trastornos mentales hay otros muchos factores asociados al suicidio en la vejez y las medidas preventivas no deben proceder únicamente del sector de la salud, sino que otros sectores deben actuar también simultáneamente” (p. 13).

Es imprescindible fomentar la investigación social y comunitaria por parte del trabajo social forense (IMLCF) y del trabajador social sanitario (APS) con el objetivo de mejorar la evidencia científica sobre el suicidio en la vejez.

Debemos conocer, desde el punto de vista estadístico, el contexto social y sanitario de las personas ancianas fallecidas por suicidio para poder incidir en los factores que precipitan a él, a través de planes de prevención sociales y sanitarios.

Referencias bibliográficas

- Alvarado García, Alejandra M., y Salazar Maya, Ángela M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 5. Scielo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Bonnie Harmer, Sara L.; Truc vi H. Duong, y Saadabadi, Abdolreza. (2022). Suicidal ideation. *National Library of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>
- Castillo Patton, Andy Eric. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 28, 6-26. <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>
- Comisión Europea. (2008). Pacto europeo para la salud mental y el bienestar. Recuperado 2 junio 2024, de https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/mhpact_es_0.pdf
- Conwell, Yeates, y Duberstein, Paul. (1998). Age differences in behaviours leading to completed suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(2), 122-126. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112610203>
- Conwell, Yeates; Van Orden, Kimberly, y D. Caine, Eric. (2012). Suicidio en ancianos. *Psiquiatría biológica*, 19(4), 127-136. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2012.09.003>
- Dorpat, Theodore L., y Ripley, Herbert S. (1960). A study of Suicide in the Seattle Area. *Comprehensive Psychiatry*, 1(6), 349-356. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(60\)80058-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(60)80058-2)
- Duckworth, Geoffrey, y McBride, Hazel. (1996). Suicide in old age: a tragedy of neglect. *Can J Psychiatry*, 41(4), 217-222. <https://doi.org/10.1177/070674379604100405>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2022). *Observatorio del suicidio en España. Datos definitivos España 2022*. Recuperado 2 junio 2024, de <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2024). *Curso avanzado de prevención del suicidio. Factores de riesgo, protectores y precipitantes implicados en la conducta suicida. Señales de alerta*. Curso no publicado, Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.

- Gramaglia, Carla; Calati, Rafaella, y Zeppegno, Patrizia. (2019). Rational Suicide in Late Life: A Systematic Review of the Literature. *Medicina*, 55(10), 656. <https://doi.org/10.3390/medicina55100656>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2023a). *Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo. Resultados nacionales y autonómicos*. Recuperado 2 julio 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46688#_tabs-tabla
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2023b). *Suicidios por medio empleado, sexo y edad. Resultados nacionales*. Recuperado 2 julio 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=72066#_tabs-tabla
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2024). *Metodología de la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte*. Recuperado 16 febrero 2024, de https://ine.es/daco/daco42/sanitarias/metodologia_00.pdf
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2025a, julio 2). *Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo. Comunidades y Ciudades Autónomas, Todas las edades, Total, 2023* [Gráfico]. Recuperado 7 octubre 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46688#_tabs-grafico
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2025b, julio 2). *Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo, Comunidades y Ciudades Autónomas, Todas las edades, Total, 2023* [Gráfico]. Recuperado 7 octubre 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46688#_tabs-grafico
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2025c, julio 2). *Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo. Comunidades y Ciudades Autónomas, Todas las edades, Total, 2023* [Gráfico]. Recuperado 7 octubre 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46688#_tabs-grafico
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2025d, julio 3). *Defunciones por suicidios. Resultados nacionales. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. Estadística de defunciones según la Causa de Muerte, Medio empleado. Ambos sexos, Todas las edades* [Gráfico]. Recuperado 7 octubre 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=72066#_tabs-grafico
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2025e, julio 3). *Causa básica de defunción. Resultados nacionales. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad. Estadística de Defunciones según la Causa de la Muerte, Causas (lista reducida), Ambos sexos, Todas las edades* [Gráfico]. Recuperado 7 octubre 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=72027#_tabs-grafico

- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2025f, julio 3). *Causa básica de defunción. Resultados por comunidades y ciudades autónomas. Cataluña. Defunciones por provincia de residencia, causas (lista reducida), sexo y edad* [Gráfico]. Recuperado 7 octubre 2025, de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=72047#_tabs-grafico
- Jiménez Rojas, Iván Alberto. (2001). La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(3), 271-276. Scielo. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502001000300006
- Laflamme, Lucia; Vaez, Marjan; Lundin, Karima, y Sengoelge, Mathilde. (2022). Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS ONE*, 17(1), e0262889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262889>
- Levasseur, Mélanie; Lussier-Therrien, Marika; Lee Biron, Marie; Dubois, Marie-France; Boissy, Patrick; Naud, Daniel; Dubuc, Nicole; Coallier, Jean-Claude; Calvé, Jessica, y Audet, Mélisa. (2022). Scoping study of definitions and instruments measuring vulnerability in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), 269-280. <https://doi.org/10.1111/jgs.17451>
- Lindner, Reinhard; Drinkmann, Arno; Schneider, Barbara; Sperling, Uwe, y Supprian, Tillman. (2022). Suizidalität im Alter [Suicidality in older adults]. *Z Gerontol Geriatr*, 55(2), 157-164. National Library of Medicine. Recuperado 27 octubre 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35217925/>
- Matusevich, Daniel, y Pérez Barrero, Sergio. (2009). *Suicidio en la vejez* (1.ª ed). Polemos.
- Mesones Peral, Jesús E. (2014). *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. El suicidio a lo largo de la historia y las culturas* (2.ª ed.). Fundación Salud Mental España.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: Período 2022-2026*. Recuperado 2 junio 2024, de https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental. (2025). *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027*. Recuperado 7 octubre 2025, de https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_preencion_del_suicidio_2025_2027.pdf
- Obuobi-Donkor, Gloria; Nkire, Nnamdi, y Agyapong, Vincent. (2021). Prevalence of Major Depressive Disorder and Correlates of Thoughts

- of Death, Suicidal Behaviour, and Death by Suicide in the Geriatric Population—A General Review of Literature. *Behavioral Sciences*, 11(11), 142. <https://doi.org/10.3390/bs11110142>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, septiembre 21). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*. Recuperado 2 julio 2025, de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024, septiembre 18). *Suicidio. Preguntas y respuestas*. Recuperado 7 octubre 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025, marzo 25). *Suicidio*. Recuperado 7 octubre 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Plan Director de Salut Mental y Adicciones (Dir. y Coord.). (2021). *Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025: PLAPRESC 2021-2025*. Direcció General de Planificació en Salut. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Recuperado 2 junio 2024, de https://economia.gencat.cat/web/.content/70_analisi_finances_publicues_avaluacio_politiques_publicues/informes/informe-complet-iniciativa/2021/slt-iniciativa-pla-prevencio-suicidis.pdf
- Salvarezza, Leopoldo. (2009). Prólogo. En Daniel Matusevich y Sergio Pérez Barrero, *Suicidio en la vejez* (p. 11). Polemos.
- Sánchez Arenas, Joaquina. (2017). Autopsia social como técnica pericial forense post mortem. En María Jezabel Mateos de la Calle y Laura Ponce de León Romero (Coords.), *El trabajo social en el ámbito judicial* (p. 155-174). Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. https://www.comtrabajosocial.com/cms/ficheros/documentos/trabajo_social_en_el_ambito_judicial.pdf
- Tang, Samantha; Reily, Natalie M.; Arena, Andrés; Batterham, Philip J.; Caele, Alison L.; Carter, Gregorio; Mackinnon, Andrew J., y Christensen, Helen. (2022). People Who Die by Suicide Without Receiving Mental Health Services: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.736948>
- Vergara Duarte, Montse; Benach, Joan; Martínez, José Miguel; Buxó Pujolràs, Maria, y Yasui, Yutaka. (2009). La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gaceta Sanitaria*, 23(1). Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100005#:~:text=La%20mortalidad%20evitable%20puede%20definirse,en%20todos%20sus%20pasos%221