

**Laila El Miri Otmani
Pilar Rastoll Giménez**

**EL SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS Y SU ABORDAJE DESDE
LA ENFERMERÍA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Dirigido por: Sra. Maria Teresa Royo

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2024

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer profundamente a nuestra tutora Maria Teresa Royo Iglesias por su implicación, paciencia, constancia, apoyo y motivación durante todo el proceso de la realización de nuestro trabajo de fin de grado.

También agradecer a nuestras familias por apoyarnos en todo el proceso, tanto en estos cuatro años de carrera como en el trabajo final. Por haber confiado en nosotras, por estar en los buenos y sobre todo en los malos momentos y ofrecernos su apoyo en todo momento.

Por último, valoramos y apreciamos a todos los profesores que nos han transmitido desde el primer día su pasión por esta bonita profesión.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
TÍTULO	4
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. CONCEPTO DE PERSONA MAYOR	8
3.2. JUBILACIÓN	10
3.3. CONTEXTO SOCIAL	11
3.4. EDADISMO	13
3.5. PLURIPATOLOGIA	14
3.6. DOLOR CRÓNICO	15
3.7. POLIMEDICACIÓN	16
3.8. LA SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL	17
3.9. DEPRESIÓN Y SUICIDIO	18
3.10. POSIBLES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	21
4. METODOLOGÍA	23
5. RESULTADOS	26
6. DISCUSIÓN	39
7. CONCLUSIONES	41
8. BIBLIOGRAFÍA	43
9. ANEXOS	50

RESUMEN

TÍTULO

El suicidio en personas mayores de 65 años y su abordaje desde la enfermería.

OBJETIVOS

Conocer los factores de riesgo, las intervenciones y abordaje desde enfermería, los instrumentos de valoración y las barreras o tabúes relacionadas con el suicidio del grupo de edad de más de 65 años.

MÉTODOS

Los artículos seleccionados cumplían los siguientes criterios de inclusión: Personas de 65 años o más de edad, Artículos que contengan texto completo, Estudios sobre la población de Europa, Artículos de acceso abierto, Artículos publicados en los últimos 5 años (2019-2024), Estudios originales y Artículos publicados en los idiomas español, catalán e inglés. La búsqueda ha sido realizada en las bases de datos PUBMED, PSICODOC, CINHALL y PsycInfo, y la última búsqueda en todos ellos fue realizada el 20 de abril de 2024. Para identificar los posibles sesgos hemos utilizado las herramientas ROBINS (1).

RESULTADOS

Hemos revisado 8 artículos en total, en su mayoría procedentes del norte de Europa. La muestra de población de los diferentes artículos es heterogénea, contando con muestras muy amplias en algunos artículos y más reducidas en otros.

CONCLUSIÓN

Realizada la revisión, hemos encontrado algunos factores de riesgo de suicidio, pero no hemos podido dar respuesta al resto de los objetivos. Existe un vacío en la literatura sobre el suicidio si se trata de personas mayores de 65 años, concluyendo en la mitad de los estudios revisados, que se debe investigar más en este campo y establecer protocolos e intervenciones para la detección precoz y la prevención de este problema de salud pública.

Palabras clave: suicidio, personas mayores de 65 años, factores de riesgo, intervenciones, enfermería, salud mental.

ABSTRACT

TITLE

Suicide in people over 65 years of age and its approach from nursing.

BACKGROUND

In this systematic review, we seek to understand the risk factors, interventions and nursing approach, assessment instruments and barriers or taboos related to suicide in the age group over 65 years.

METHODS

The selected articles met the following inclusion criteria: People aged 65 years or older, Articles containing full text, Studies on the population of Europe, Open access articles, Articles published in the last 5 years (2019-2024), Original studies and articles published in Spanish, Catalan and English languages. The search has been carried out in the PUBMED, PSICODOC, CINHALL and PsycInfo databases, and the last search in all of them was carried out on April 20, 2024. To identify possible biases we have used the ROBINS tools (1).

RESULTS

We have reviewed 8 articles in total, mostly from northern Europe. The sample population of the different articles is heterogeneous, with very large samples in some articles and smaller ones in others.

CONCLUSION

After carrying out the review, we have found some risk factors for suicide, but we have not been able to answer the rest of the objectives. There is a gap in the literature on suicide if it involves people over 65 years of age, concluding in half of the studies reviewed that more research should be done in this field and establish protocols and interventions for the early detection and prevention of this public health problem.

Keywords: suicide, people over 65 years of age, risk factors, interventions, nursing, mental health.

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y el incremento de la mediana de edad, entre otros, ha conllevado un crecimiento notable de la población envejecida, que según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la Unión Europea en 19 años (del año 2001 al 2020), el grupo de edad mayor de 65 años constituía el 21% de la población total (2).

En la Unión Europea, en el año 2022 la esperanza de vida al nacer era de 80,7 años y en España 83,2 años, siendo uno de los países que con más incrementó su población en la última década (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 800.000 personas terminan con su vida cada año. En España, fallecen más de 10 personas diariamente por suicidio (4). Cuando hablamos del suicidio, solemos pensar en la muerte por suicidio, pero existen otros conceptos como la ideación suicida y el intento de suicidio. La ideación suicida representa el pensamiento y/o planificación del suicidio, y el intento de suicidio se refiere a la situación en la que se ha intentado provocar la muerte autoinfligida, pero no se ha conseguido .

Actualmente, la población mayor es uno de los grupos con más prevalencia en padecer problemas de salud mental, no solo por el entorno físico y social, sino debido a factores estresantes del envejecimiento como la disminución de sus funcionalidades. El 14 % de personas de más de 60 años viven con un trastorno mental y el 27,2 % de suicidios se producen en esta franja de edad. Las estimaciones mundiales de salud (GHE) manifiestan que las afecciones mentales conforman el 10,6% de la discapacidad total en este grupo de edad, predominando la ansiedad y depresión (5).

Las personas mayores son uno de los grupos más vulnerables a la conducta suicida (6), ya que cuentan con numerosos factores de riesgo que los pueden llevar a desarrollar una ideación suicida, tales como: la pluripatología, la soledad, la falta de soporte social y familiar, el dolor crónico y la desesperanza (7). Debido a esto, creemos que se debería poner más foco en este grupo en este y llevar a cabo más actividades de detección precoz y prevención.

Desde nuestro punto de vista, pensamos que, aunque la evidencia nos muestre que el suicidio es un problema real en la población anciana, a nivel general, queremos ver el estado en cuestión con la finalidad de poder analizar si las intervenciones y actividades que se realizan en prevención y promoción son suficientes.

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar los factores de riesgo que incluyen en la aparición de ideas o el acto suicida en personas mayores.
- Analizar las funciones o actividades que se realizan desde la profesión de enfermería para abordar y prevenir el suicidio en personas mayores de 65 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las barreras o tabús que pueden dificultar que las personas mayores busquen ayuda o apoyo psicológico.
- Determinar los principales instrumentos de evaluación del riesgo de la conducta suicida, y su seguimiento, específicamente en esta franja de edad.

HIPÓTESIS

Los recursos y herramientas que utiliza enfermería actualmente no son suficientes para abordar de manera efectiva la prevención de la conducta suicida.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONCEPTO DE PERSONA MAYOR

Según la Organización Panamericana de la Salud, los ancianos son las personas que tienen 65 años o más (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el aumento de personas mayores de 60 años va en crecimiento y que el número de población envejecida aumentará una cifra de 1400 millones para el año 2030 y según las perspectivas de la Población Mundial habrá una elevación del 16 % de personas mayores de 65 años de cara el año 2050 (9,10).

En España, el número de personas mayores de 65 años supera los 8,6 millones (en 2018), lo que supone un 19,07% de toda la población. Dentro de esta cifra, encontramos una mayoría femenina con una proporción del 57%, con una esperanza de vida (85,7 años) mayor a la de los hombres (80,4 años). En 1.960.900 hogares vive una persona mayor sola, en 3 de cada 4 son mujeres. El número de personas mayores de 65 años que tiene concedido un grado de discapacidad mayor o igual a 33% es de 1.576.576. Se prevé que en 2033 el 25,2% de la población supere los 65 años (11).

Desde Atención Primaria, se dispone de un programa específico de atención a las personas mayores. El objetivo es prevenir y mantener la salud de este grupo de población para que puedan vivir con calidad de vida el máximo tiempo posible. En este programa se detecta al anciano de riesgo, y se establece un plan de cuidados sanitarios y la coordinación con los servicios sociales para poder atender la problemática de manera adecuada (12).

Existe mucha variabilidad en cuanto a las capacidades y estado de salud que conservan las personas mayores de 65 años, esto impide predecir un mal estado de salud sólo basado en la edad.

Cuando nos referimos al anciano sano, hablamos de un adulto de edad avanzada que no presenta ninguna enfermedad objetivable y que es independiente en todos los aspectos de su vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como el bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de la enfermedad (13).

El anciano enfermo se incluye en este grupo, considerado como anciano sano con una enfermedad aguda (14). Mediante la valoración del propio estado de salud, en España el 50,7% de las personas mayores de 65 años perciben su salud como buena o muy buena, aunque si diferenciamos por sexo, los hombres (56,9%) perciben mejor su salud que las mujeres (45,8%) (15).

El anciano frágil o de alto riesgo se caracteriza por presentar, además de edad avanzada, alguna condición de riesgo que puede descompensarse fácilmente. Los ancianos frágiles presentan dependencia para las actividades instrumentadas, independencia en las actividades de la vida diaria, y una tendencia elevada a desarrollar dependencia.

En cuanto al paciente geriátrico, nos encontramos ante una persona de edad avanzada, una o varias enfermedades crónicas acompañadas de algún problema mental y social, lo que provoca una gran dependencia (con tendencia al aumento) para todas las actividades cotidianas y desequilibrio de las necesidades.

Según la RAE, “frágil” es definido como algo débil que puede romperse con facilidad. Esta definición aplicada al individuo frágil se puede entender como que el individuo no se ha roto pero presenta un alto riesgo de hacerlo. El concepto de fragilidad, sin embargo, suele emplearse para referirse al riesgo de discapacidad (14).

La detección de la fragilidad puede llevarse a cabo mediante varios criterios, establecidos por Fried, los cuales son: la pérdida de peso no intencionada, la debilidad muscular, la baja resistencia o cansancio, la lentitud de la marcha y el nivel bajo de actividad física. La presencia de 3 o más criterios supone la presencia de fragilidad (16). Para identificar a las personas frágiles también se utiliza el “Gérontopôle Frailty Screening Tool” (Anexo 2) como cribaje (17).

La vejez es un proceso natural y universal, que puede experimentar cambios con el tiempo y está conformada por múltiples factores. Solemos basarnos en la edad para decidir si una persona es anciana, pero hay más indicadores para identificarlos:

La edad cronológica, corresponde a los años que tiene esa persona; la edad biológica o funcional está determinada por los cambios que se dan en el organismo durante el paso de los años y el deterioro de las funciones y capacidades, y va muy ligada a la salud o la carencia de esta; la edad psicológica, nos indica la capacidad que tiene la persona de adaptarse al medio y su capacidad conductual; la edad social, se basa en

el papel que ejerce la persona en la sociedad en la que vive, y como es percibida por las personas de su entorno (18).

3.2. JUBILACIÓN

Según la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson, se incluyen ocho etapas fundamentales que abarcan desde la etapa de la infancia hasta la vejez. Cada transición del individuo de un estadio a otro implica un proceso continuo de transformación o estancamiento. Entre estos estadios, donde se logra o no la adaptación se identifica como una crisis y durante este proceso, la persona se enfrenta a desafíos que influyen en su desarrollo psicosocial, adquiriendo la capacidad para resolver conflictos y poder avanzar a la siguiente de manera saludable.

La etapa 8, constituye al grupo de población de mayores de 65 años, llamada la etapa de la vejez. En esta fase, la persona reflexiona sobre su vida, evalúa los logros y experiencias llegando a un punto de integridad, es decir, la persona se encuentra satisfecha con las metas personales y con su trayectoria vital. En cambio, puede llegar a esta fase con un vacío a nivel personal y profesional, desencadenando la desesperación y el miedo a morir (19).

Este cambio de etapa se ve muy marcado por la jubilación, un momento importante en la vida de cualquier persona. Las generaciones anteriores concebían la jubilación como un momento de declive en la salud que concluía en la muerte. Con el paso de los años, la percepción de este momento ha ido cambiando.

Actualmente, con el aumento de la esperanza de vida, la vejez no se relaciona tan estrechamente con el deterioro de la salud y la incapacidad, ya que, a los 65 años, se espera que las personas vivan alrededor de 20 años más de media (20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece unas directrices para las intervenciones comunitarias que van dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca, llamada la atención integrada para las personas mayores (AIPM).

La OMS define la capacidad intrínseca como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales del individuo, y la capacidad funcional como la combinación e interacción entre su capacidad intrínseca y las características de su entorno.

Las directrices de atención integrada para las personas mayores (AIPM) pretenden ayudar a los profesionales sanitarios a detectar precoz posibles deterioros en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores y poner en práctica intervenciones eficaces para prevenir y retrasar su evolución (21).

3.3. CONTEXTO SOCIAL

La sociedad española ha sufrido muchos cambios desde el siglo pasado hasta la actualidad. Las personas mayores han vivido una guerra, una posguerra, y una dictadura posterior, la cual finalizó en 1978. También se caracterizó esta época por una fuerte represión y miedo a la autoridad, no había libertad de opinión y se castigaba incluso con la muerte la desobediencia al régimen (22). La práctica de la religión católica era por poco obligatoria según el artículo 6 del Capítulo I del Fuero de los Españoles (17 de Julio de 1945), que decía lo siguiente:

“La profesión y práctica de la Religión Católica, que es la del Estado español, gozará de la protección oficial. El Estado asumirá la protección de la libertad religiosa, que será garantizada por una eficaz tutela jurídica que, a la vez, salvaguarde la moral y el orden público.” (23)

En 1954 se editó el último Código Canónico, en el que se condenaba el suicidio y a todos aquellos que no estuvieran en la religión católica, Apostólica, Romana. Esta legislación prohibía, entre otras excepciones, la sepultura de los suicidas en el cementerio cristiano (24).

En el siglo XX en Europa también sucedieron varios eventos de gran impacto que marcaron a la sociedad, tales como la Primera Guerra Mundial, la Segunda Guerra Mundial o la Guerra de los Balcanes (la más reciente, ocurrida entre 1991 y 2001) (25). El miedo a ser juzgado y rechazado por la sociedad limitaba y limita a las personas a pedir ayuda tanto a sus seres queridos como a profesionales. En el caso de la gente mayor, este estigma está mucho más arraigado, lo que les hace más vulnerables al suicidio, ya que no acuden en busca de ayuda. La consecuencia es el infra diagnóstico e infra tratamiento de trastornos psiquiátricos y el desconocimiento o la creencia de que el suicidio geriátrico no es un problema de tanta magnitud (26).

Además, a lo largo de la historia, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres han dado lugar a la formación de restricciones culturales y a roles sociales impuestos a las

mujeres. La visión tradicional de la mujer como la esposa y madre ha representado una barrera de obstáculos para el acceso a la educación y formación profesional para este grupo de población.

Las tareas del hogar y el cuidado de la familia tradicionalmente era responsabilidad de la mujer y esto causaba que este género dejase sus carreras profesionales para atender las necesidades familiares, lo que resultaba una baja contribución en la Seguridad Social y generaba pensiones más bajas en comparación con el hombre, lo que desencadenaba que las mujeres tuvieran más predisposición a tener situaciones de pobreza, ya que la cotización era más baja (27). La carga del cuidado de las personas mayores suele recaer también en las mujeres, lo que afecta directamente a su calidad de vida y su salud mental y física (28).

La percepción de la vejez ha evolucionado a lo largo del tiempo, siendo los ancianos individuos respetados y venerados desde la antigüedad, considerados fuentes de sabiduría y líderes. Sin embargo, la vejez era concebida como la decadencia tanto corporal como espiritual. Esta visión tan dual ha ido evolucionando a lo largo de los años y las diferentes épocas hasta llegar a lo que conocemos hoy en día como ancianos (18).

Actualmente, la sociedad alaba a lo joven, bello y nuevo, con una constante presión social (sobre todo en las mujeres). La vejez se enfrenta a prejuicios, estereotipos y una percepción generalmente negativa, que en la mayoría de los casos no concuerda con la percepción que tienen los ancianos de sí mismos (29).

El edadismo ha estado muy presente en la cultura occidental sobre todo en las últimas décadas, y la percepción negativa que se tiene de los ancianos, los ha llevado al rechazo, al aislamiento, y al abandono por parte de la sociedad. También son percibidos como una carga para las familias, un problema que con el aumento de la esperanza de vida ha empeorado (18).

3.4. EDADISMO

El edadismo se puede definir como la discriminación por razón de edad que se compone de múltiples factores.

Según las dimensiones, el edadismo puede darse mediante los estereotipos (los cuales existen en el pensamiento), los prejuicios (basados en los sentimientos) y la discriminación como tal (cuando se dan situaciones y acciones discriminatorias).

Los estereotipos se basan en la creencia de que un grupo de población tiene las mismas características, se generalizan y dificultan ver a las personas mayores como individuos únicos. Se suele pensar que las personas mayores son frágiles, enfermas, deterioradas cognitivamente, difíciles de tratar, entre otras.

Los prejuicios implican un componente emocional, pueden llevar consigo sentimientos como la pena, la aversión, la simpatía u otros sentimientos. En el caso de la discriminación, esta puede ser positiva o negativa, según si la acción beneficia o perjudica al colectivo. Un ejemplo de discriminación positiva podría ser: los descuentos a partir de 65 años.

En cuanto a los niveles de manifestación, se puede dar por parte de las instituciones, por otros individuos o ser autodirigida. Un ejemplo de edadismo por parte de las instituciones, podría ser la digitalización de la banca, es decir, el cierre de oficinas y la reducción de personal dificulta el acceso de las personas mayores a gestiones cotidianas tales como ingresar o extraer dinero de sus cuentas. Desde la pandemia esto ha empeorado, ya que los recursos físicos que se perdieron ya no se han recuperado. A partir de este problema surgió un movimiento llamado “SoyMayorNoldiota”, iniciado por un hombre de 78 años. Este movimiento reivindica el derecho a una atención humana y digna a las personas que deseen realizar sus trámites presencialmente, sin infantilizarlas ni tratarlas como si fueran tontas (30).

En el edadismo autodirigido, un ejemplo sería la creencia por parte de la misma persona de que no es capaz de aprender cosas nuevas ni mejorar en ningún aspecto sólo por el hecho de ser mayor (13).

En un análisis llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS), basado en la encuesta World Values Survey que se realizó a más de 83.000 personas en 57 países diferentes evaluando las actitudes hacia las personas mayores en los diversos grupos de edad. En este análisis, se comprobó que las actitudes negativas o

discriminatorias hacia las personas mayores están muy extendidas y estas son perjudiciales para su salud física y mental, con mayor predisposición en los países de ingreso alto (31).

Si nos referimos a las formas de expresión, podemos diferenciar 2: la implícita (cuando se discrimina inconscientemente) y la explícita (cuando se hace conscientemente).

El edadismo, al igual que otros términos con la terminación -ismo, resulta un problema social que afecta directamente a la calidad de vida, la salud y los derechos de las personas. Está demostrado que el edadismo aumenta el riesgo de desarrollar depresión, acelera el deterioro cognitivo, aumenta la probabilidad de sufrir violencia o abuso, aislamiento social, soledad, limitación de su sexualidad, y pobreza (32).

3.5. PLURIPATOLOGÍA

El progresivo envejecimiento de la población se traduce en un aumento significativo de personas adultas, algunas de ellas frágiles, que padecen dos o más enfermedades crónicas (33). En los países de la Unión Europea, las enfermedades no transmisibles conforman el 80 % de la carga asistencial y son las principales causas de muertes prematuras evitables. El impacto humano y económico de estas patologías son elevados, especialmente considerando el envejecimiento demográfico de la UE.

La Comisión Europea trabaja para tratar estas enfermedades y se centra en las siguientes patologías: las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, de salud mental y trastornos neurológicos (34).

Según la Encuesta Europea de Salud en España el año 2020, la población que acude con más prevalencia al médico son las personas entre 75 a 84 años y 85 años y más, con un porcentaje del 40 % tanto en mujeres como en hombres (35).

La pluripatología se define como la presencia simultánea de dos o más enfermedades crónicas. Esta, tiene consecuencias significativas para la salud de la población, ya que implica una mayor frecuencia de atención sanitaria, aumenta la probabilidad de hospitalización, eleva el consumo de medicamentos, afecta directamente a la calidad de vida, genera discapacidad y aumenta el riesgo de mortalidad (36).

Por ello, la complejidad de las enfermedades en esta franja de edad requiere una implicación específica y continua por parte del cuidador familiar y de los profesionales sanitarios (13).

3.6. DOLOR CRÓNICO

El dolor puede presentarse por diferentes etiologías (neuropático, musculoesquelético, inflamatorio, psicógeno, mecánico nociceptivo), y en el caso del dolor crónico, los pacientes se suelen quejar de más de un tipo de dolor, que también va acompañado en muchos casos de algún trastorno psiquiátrico (37).

Los adultos mayores de 65 años tienen tres veces más probabilidad de enfrentarse a enfermedades crónicas, aumentando el riesgo del infra diagnóstico debido a posibles limitaciones cognitivas o sensoriales (38).

Según el Barómetro del dolor crónico en España 2022, el grupo de edad de los 55 a los 75 años es el que presenta mayor prevalencia de dolor crónico en España (30,6%), y afecta con más frecuencia a las mujeres (30,5%) que a los hombres (21,3%) (39).

El dolor crónico representa un importante factor para el desarrollo de la depresión o incluso de conductas suicidas. Esto se debe a la incapacidad, malestar físico y mental que produce el dolor prolongado en el tiempo. Además, los fármacos que se utilizan para el alivio del dolor crónico pueden producir efectos adversos como: cambios de humor, cefalea, náuseas, estreñimiento y apatía, entre otros.

El manejo del dolor crónico debe afrontarse con un equipo multidisciplinar y se debe ajustar a las necesidades del paciente, mediante una evaluación y seguimiento adecuados, y lentamente, observando su efectividad. Para poder tratar el dolor crónico, hay que tratar también la depresión y la ansiedad comórbidas, y monitorizar a los pacientes para prevenir o detectar precozmente la aparición de conductas suicidas.

El papel de enfermería es imprescindible para poder llevar a cabo un manejo adecuado, ya que asegurará el cumplimiento del tratamiento, controlará y notificará los efectos adversos que puedan aparecer. También se debe tener en cuenta la relación terapéutica más cercana que puede llegar a establecer la enfermera con los pacientes, un factor que facilita la comunicación y expresión de necesidades y preocupaciones (37).

3.7. POLIMEDICACIÓN

En los últimos veinte años, ha habido un notable aumento en el uso de medicamentos en los países industrializados, a pesar de que no se ha observado un deterioro significativo en la salud general. Factores como es el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y cambios en los comportamientos sociales han contribuido al crecimiento del consumo de fármacos (40).

En términos cuantitativos, según el Acuerdo nº714 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en materia del uso racional del medicamento, se considera que un polimeditado es aquella persona adulta con enfermedad crónica que toma más de seis medicamentos de forma continuada, durante un periodo igual o superior a seis meses. En términos cualitativos, hace referencia a la utilización inadecuada o al consumo de fármaco no indicado (40).

Se diferencian tres posibles situaciones que se pueden dar en la polimedición:

- Polimedición adecuada: hace referencia cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. En este caso, el objetivo es mejorar la adecuación terapéutica y no la de reducir el número de medicamentos.
- Polimedición inadecuada: hace referencia cuando se toman más medicamentos de los correctamente necesarios.
- Pseudopolimedición: hace referencia cuando hay más registros de medicación de los que realmente toma el paciente (41).

España, es el segundo país del mundo tras Estados Unidos en consumo de medicamentos. La factura farmacéutica representa el 25-30% del gasto sanitario total, el mayor porcentaje de Europa.

La prevalencia en España en la polimedición en esta franja de edad alcanza un 50%, con una media de 9 medicamentos por paciente. Según el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) la primera causa de efectos adversos relacionados con la hospitalización, su origen era medicamentoso con una cifra del 37,4%, siendo un tercio de ellos evitables.

El 17% de la población mayor de 65 años representa el 73% del gasto farmacéutico. No todos los medicamentos prescritos cuentan con una indicación o eficacia demostrada, ya que se estima que el 61% de los ancianos que residen en sus hogares y el 97% de

los que viven en centros de cuidado consumen al menos un fármaco inapropiado o inadecuada.

Esta problemática, se incluye en el grupo de los síndromes geriátricos, puesto que empeora su calidad de vida y favorece la dependencia. Por eso, se requieren intervenciones que aborden el problema de forma integral incluyendo tanto al paciente, cuidador y a los profesionales para garantizar la seguridad del paciente y la correcta preinscripción (40).

3.8. LA SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

La pandemia de la covid-19 y el aumento de la población mayor ha manifestado el aumento del aislamiento y la soledad que presenta un gran número de la población (42).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 1 de cada 4 personas mayores lo experimentan. Este factor muestra un efecto en la mortalidad, ya que se puede comparar con factores de riesgo como es el tabaquismo, la obesidad o la inactividad física (43).

La soledad se define como una experiencia emocional y subjetiva que surge cuando una persona percibe una falta de conexión significativa con los demás, manifestándose incluso cuando se encuentra rodeado de personas. La soledad puede distinguirse entre objetiva y subjetiva; la soledad objetiva, hace referencia a la ausencia de compañía, ya sea de manera permanente o temporal, sin necesariamente generar una experiencia negativa para la persona. En cambio, la soledad subjetiva es aquella que la persona percibe estar solo y normalmente se experimenta como una experiencia negativa.

El aislamiento social se define como la situación en que la persona tiene limitadas o nulas interacciones sociales. Esto puede ser por diversas razones como es la falta de conexiones familiares o de amistades, la exclusión social o la incapacidad de establecer significativas (25).

A lo largo de la vida, las personas presentan la necesidad de interactuar y establecer relaciones. Según Jean Jacques Rousseau, en su teoría sobre el contrato social, buscó la importancia de la sociedad y la interacción entre ella para el buen desarrollo humano. Explicaba que los seres humanos somos solitarios, pero que, la interacción y relación

con otros, era esencial para un buen desarrollo de las capacidades humanas, como son la moralidad, empatía y civilización, además de una necesidad de supervivencia (44).

La soledad, afecta directamente sobre la salud física y psicológica de las personas de tercera edad. En este sentimiento, hay que tener en cuenta la percepción y creencias que tienen este grupo de población acerca de la vejez y su proceso (45).

Según diferentes autores, consideran la soledad como una “epidemia” o “una moderna enfermedad del cuerpo y no solo de la mente”, es decir, un serio problema de salud pública (46).

3.9. DEPRESIÓN Y SUICIDIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el trastorno depresivo o depresión como un trastorno mental común que implica el estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o interés por actividades durante largos períodos de tiempo. Puede afectar en todos los ámbitos de la vida, incluyendo las relaciones familiares, de amistades o comunitarias (5).

Más del 65% de los suicidios e intentos de suicidio, se relacionan con algún grado de depresión. Entre las personas con depresión, alrededor del 15% acaba muriendo por el suicidio. Además, aproximadamente el 80% de las personas que experimentan este problema de salud mental, en algún momento han presentado algún pensamiento suicida y entre el 14% y el 50% llevan a cabo conductas suicidas (47).

Se estima que el 3,8% de la población mundial se ve afectado por la depresión, con un 5% de los adultos y el 7,7% en los adultos mayores de 60 años, Alrededor de 280 millones de personas padecen este trastorno, siendo un 50% más común en mujeres que en hombres (48). Asimismo, es la causa más frecuente de sufrimiento emocional afectando directamente a su calidad de vida y se considera la enfermedad mental más común en este colectivo, siendo la tercera causa más frecuente de consulta en el sistema asistencial. El trastorno afecta al doble de mujeres que a hombres y se multiplica por dos su prevalencia y su incidencia en la población mayor de 70-85 años, afectando a personas con enfermedades crónicas, deterioro cognitivo o discapacidad (49).

La falta de detección de síntomas depresivos en personas mayores por parte de los profesionales de la salud es común, ya que existe un sesgo hacia la presencia de humor deprimido para poder diagnosticar la depresión. Sin embargo, este grupo de población expresan este trastorno con quejas con el cuerpo o problemas cognitivos en lugar de manifestarlo con síntomas emocionales o sentimientos que les provoca malestar.

Existen diferentes factores que pueden influir en el infra diagnóstico de la depresión que son: la comorbilidad, el deterioro cognitivo y los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) (49).

Para una correcta valoración de la depresión en esta franja de edad existe el Test de Yesavage (Anexo 1). Se trata de un cuestionario que tiene como objetivo el cribaje de la depresión en adultos mayores de 65 años.

El suicidio es un grave problema de salud pública y provoca un gran impacto físico, psicológico y social, no solo a la persona y familia afectadas, sino a la comunidad.

La tasa de suicidio en Europa es aproximadamente de 13,9 por 100.000 habitantes al año (50).

Según datos de la Fundación Española para la prevención del suicidio publicados en diciembre del 2023, la primera causa de muertes externas en España es el suicidio, con una tasa de mortalidad del 11.6 por día, con un predominio significativo de hombres (3 de cada 4) en comparación a las mujeres (1 cada 4).

La tasa de mortalidad en España está experimentando un aumento, analizando un incremento significativo en los últimos años. Se destaca un aumento de 224 víctimas en 2022, con un total de 4227 víctimas, frente al 2021, con un total de 4003 víctimas.

El riesgo de suicidio (según la última ENSE en 2017) aumenta con la edad, siendo de un 12,6% en el grupo de 15 a 24 años y de 31,9% en el grupo de 85 años o más. Esto nos sugiere que las personas mayores tienen un riesgo importante de presentar conductas suicidas (51).

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 14% de la población de 60 años o más, presentan un trastorno mental con predominio de la depresión y la ansiedad en los adultos mayores (52).

Para ello, debemos diferenciar los diferentes conceptos sobre el suicidio y la conducta suicida:

Ideación suicida: engloba los pensamientos y los actos preparatorios previos a realizar el suicidio (53).

Intento suicida: acto autolesivo con la intencionalidad de quitarse la vida, pero sin llegar a la muerte y clasificado como tal por la autoridad nacional competente (54).

Suicidio: “el acto de quitarse deliberadamente la vida”. Una persona que se suicida posee la intención de morir y causa su propia muerte” (55).

Suicidio silencioso o síndrome de deslizamiento: una forma de buscar la muerte de manera encubierta, utilizando métodos no violentos, generalmente mediante el abandono de las necesidades básicas como es el alimentarse, hidratarse o el incumplimiento de tratamientos médicos necesarios. Menos evidente que el suicidio activo, pero igual de letal (56).

Los factores que influyen en la aparición de la depresión engloban numerosos aspectos.

En primer lugar, si nos referimos al contexto social, podemos encontrar diferentes carencias y malestar, las cuales podemos dividir en dos grandes factores:

- **Macrosociales:** engloba las pérdidas de seres queridos, el aislamiento, la ausencia de un confidente con el que comunicarse, la inadaptación a la jubilación y su consecuente pérdida o cambio de rol social, la falta de estimulación en las actividades cotidianas, las enfermedades crónicas y la disminución de la salud, la institucionalización, el deterioro cognitivo y una situación económica desfavorable.
- **Micro sociales:** se centra en las relaciones con la familia, su implicación en las decisiones, el afecto que reciben, la comprensión, la compañía, entre otros (57).

3.10. POSIBLES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- [00069] Afrontamiento ineficaz
- [00307] Disposición para mejorar el compromiso con el ejercicio
- [00299] Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad
- [00298] Disminución de la tolerancia a la actividad
- [00168] Estilo de vida sedentario
- [00159] Disposición para mejorar los procesos familiares
- [00153] Riesgo de baja autoestima situacional
- [00068] Disposición para mejorar el bienestar espiritual
- [00067] Riesgo de sufrimiento espiritual
- [00066] Sufrimiento espiritual
- [00069] Afrontamiento ineficaz
- [00187] Disposición para mejorar el poder
- [00085] Deterioro de la movilidad física
- [00093] Fatiga
- [00125] Impotencia
- [00152] Riesgo de impotencia
- [00158] Disposición para mejorar el afrontamiento
- [00231] Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano
- [00238] Deterioro de la bipedestación
- [00276] Autogestión ineficaz de la salud
- [00296] Riesgo de síndrome metabólico
- [00303] Riesgo de caídas del adulto
- [00133] Dolor crónico
- [00237] Deterioro de la sedestación
- [00238] Deterioro de la bipedestación
- [00255] Síndrome de dolor crónico
- [00052] Deterioro de la interacción social
- [00053] Aislamiento social
- [00054] Riesgo de soledad
- [00077] Afrontamiento ineficaz de la comunidad
- [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas
- [00061] Cansancio del rol de cuidador(a)
- [00072] Negación ineficaz

- [00095] Insomnio
- [00124] Desesperanza
- [00146] Ansiedad
- [00198] Trastorno del patrón del sueño
- [00211] Riesgo de deterioro de la resiliencia
- [00210] Deterioro de la resiliencia
- [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo
- [00251] Control emocional inestable
- [00140] Riesgo de violencia autodirigida
- [00289] Riesgo de conducta suicida

(58)

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo nuestra investigación, hemos optado por emplear la metodología de revisión bibliográfica sistemática, ya que esta nos permite conocer el estado de la cuestión del tema a estudiar, logrando obtener una visión integral y completa de los factores de riesgo, de datos epidemiológicos relevantes y los fundamentos teóricos asociados a esta problemática.

Consideramos que es la metodología que mejor se adapta a conseguir nuestros objetivos y explorar más en profundidad sobre el tema a tratar permitiendo analizar teorías y modelos relacionados con el suicidio en personas mayores, detectar contraindicaciones o necesidades no cubiertas.

Además, nos permite identificar las prácticas empleadas en enfermería para prevenir el acto suicida y evaluar su impacto en nuestra población. Esto nos proporciona una visión integral y holística sobre esta problemática de salud, comprendiendo no sólo los factores de riesgo, sino identificando también las estrategias de intervención implementadas en esta área, con el objetivo de abordar tanto los fundamentos teóricos como las prácticas en el ámbito de enfermería.

Para ello, realizamos nuestra búsqueda en fuentes científicas y fiables, bases de datos y publicaciones académicas.

Pregunta PICO: Queremos explorar los factores de riesgo y las intervenciones en la prevención del suicidio en personas de más de 65 años y qué repercusión tienen en relación con la prevención y prevalencia del suicidio en las personas mayores en Europa, y qué papel ocupa enfermería.

P: personas mayores de 65 años que hayan realizado (consumado o tentativa) un suicidio en Europa.

I: explorar los factores de riesgo que presenta esta población concreta y las intervenciones dirigidas hacia las personas mayores para prevenir el suicidio en Europa.

C: veremos la epidemiología del suicidio, las tentativas autolíticas, y los suicidios consumados en la franja de edad a partir de los 65 años en Europa para saber si la prevalencia varía o se modifica.

O: analizar las intervenciones que se realizan y determinar si estas son efectivas y suficientes para prevenir el suicidio consumado o tentativa.

	Main concept	Synonyms/search terms
P (patient)	Elderly	Aged, retired, old people,
I (intervention)	Suicide risk factors	Suicide protective factors,
C (comparison)	Suicide Epidemiology	Suicide prevalence, suicide incidence,
O (results)	Suicide Prevention	Suicide protocols, suicide activities, suicide resources, suicide interventions

Bases de datos utilizadas: PubMed, CINHALL, PSICODOC y PsycInfo. Hemos seleccionado estas bases de datos por los siguientes motivos: PubMed abarca el campo de las ciencias de la salud en el ámbito multidisciplinar e internacional. CINHALL es una base de datos sanitaria del ámbito internacional, especializada en enfermería. También hemos elegido 2 bases de datos relacionadas con la salud mental, PSICODOC (de ámbito nacional) y PsycInfo (de ámbito internacional).

Hemos utilizado los operadores booleanos AND y OR de la siguiente manera:

(aged or old people or elderly or retired) AND (suicide risk factors or suicide protective factors) AND (suicide epidemiology or suicide prevalence or suicide incidence) AND (suicide prevention or suicide interventions or suicide protocols or suicide resources or suicide activities).

Hemos seleccionado los artículos en base a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:
Personas de 65 años o más de edad.
Artículos que contengan texto completo.
Estudios sobre la población de Europa.
Artículos de acceso abierto.
Artículos publicados en los últimos 5 años (2019-2024).
Artículos publicados en los idiomas español, catalán e inglés.
Estudios originales.

Criterios de exclusión:
Personas menores de 65 años.
Artículos de acceso cerrado o de pago.
Artículos publicados con datos que no sean de Europa.
Artículos que una vez leídos no hablen del tema estudiado.
Artículos publicados con una antigüedad de más de 5 años (antes del año 2019).
Artículos que no estén en los idiomas español, catalán o inglés.
Estudios que no sean originales.

5. RESULTADOS

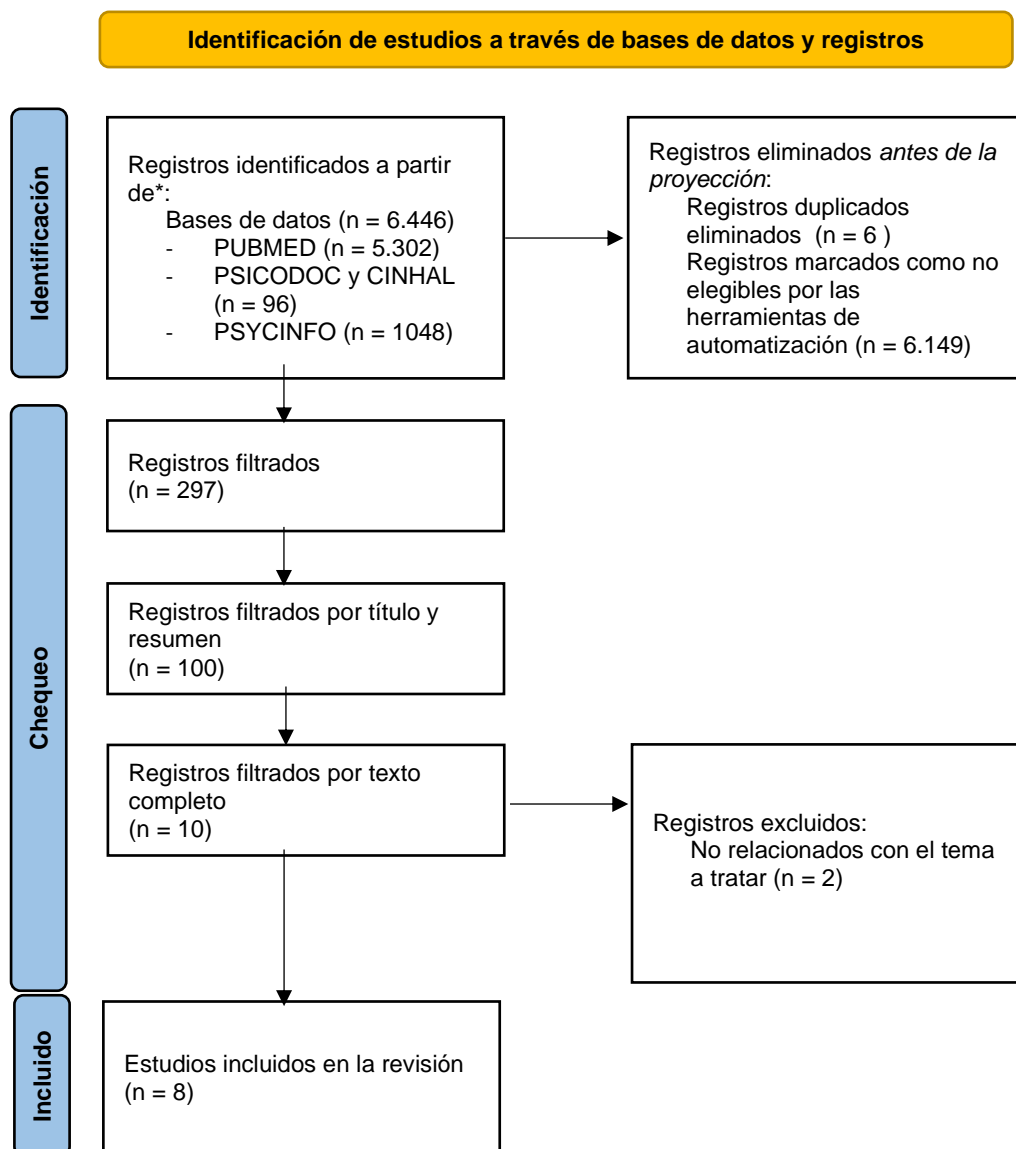


Figura 2 -Diagrama de flujo PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas incluyendo búsquedas de sólo bases de datos y registros (59).

Título	Autor/es	Identificador	Fecha de publicación	Diseño del estudio	País	N (cantidad de población)	Resumen	Conclusiones
Suicide after a Diagnosis of Cancer: Follow-Up of 1.4 Million Individuals, 2009–2019. (60)	Irmina Maria Michalek, Florentino Luciano Caetano dos Santos, Urszula Wojciechowska y Joanna Didkowska	DOI: https://doi.org/10.3390/cancer15174315	2023	Estudio observacional de casos y controles	Polonia	N= 1,43 millones (diagnosticadas con cáncer)	A mayor edad mayor riesgo de suicidio detectando el grupo de edad entre los 75 y 99 años como mayor riesgo. Los hombres se suicidan más que las mujeres. La mayor incidencia de suicidios en personas mayores con cáncer se produce en los primeros 6 meses tras el diagnóstico y este se extiende hasta los 2 años. Entre los hombres hay mayor riesgo	Los pacientes con cáncer enfrentan un mayor riesgo de suicidio, que alcanza su punto máximo seis meses después del diagnóstico. La integración urgente de la detección y la prevención del riesgo de suicidio en la atención del cáncer es crucial, ya que respalda el bienestar mental y orienta las estrategias de atención médica proactiva.

							en los grupos de edad de los 65 a 75 y de los 75 a 99 años.	
Does physical ill-health increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people. (61)	I. N. Onyeka, A. Maguire, E. Ross, and D. O'Reilly.	DOI: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7372180/	2020	Estudio observacional descriptivo poblacional	Irlanda	N= 1 millón de personas (> 18 años).	Las personas con mala salud mental tienen cuatro veces más riesgo de suicidarse, independientemente que tengan o no limitaciones físicas. El mayor riesgo de suicidio en las personas con una o varias enfermedades recae en la limitación que conllevan en las actividades básicas de la vida diaria y no tanto en el número de enfermedades.	El efecto que la enfermedad física tiene en la vida de una persona, en términos de interrupción de la actividad diaria, es más importante que el número de condiciones para predecir el riesgo de suicidio. Una mayor conciencia y una mejor gestión del bienestar mental de las personas con problemas de salud física pueden ayudar a reducir los suicidios, especialmente entre los más jóvenes.

							En las personas mayores de 60 años con limitación física no se ha demostrado una diferencia significativa en el riesgo de suicidio, tengan o no salud mental.	
Sociodemographic and gender determinants of late-life suicide in users and non-users of antidepressants. (62)	Khedidja Hedna, Gunnel Hensing, Ingmar Skoog, Johan Fastbom, Margda Waern	DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa114	2020	Estudio observacional de casos y controles	Suecia	N = 1.413.806 personas >75 años.	Los usuarios con terapia antidepressiva (AD) tenían una mayor proporción de viudos y un ingreso medio más bajo en comparación con los no usuarios. La proporción relativa de usuarios de AD fue alta entre los residentes en instituciones y entre los usuarios de medicamentos	Esta investigación ofrece pistas para adaptar estrategias preventivas específicas de género para adultos mayores que deberán incluir una evaluación más clara del efecto del tratamiento de la EA, así como de las intervenciones psicosociales que ir más allá del ámbito sanitario.

								contra la demencia El ahorcamiento fue el método más común en hombres y en las mujeres el envenenamiento con y sin uso de AD. En la cohorte total, la edad de 80 años o más, la residencia en una institución y la educación secundaria superior en comparación con la educación obligatoria fueron factores protectores del suicidio. El riesgo de suicidio fue mayor entre los solteros y nacidos fuera de los países nórdicos. Los que tenían trabajos manuales tenían más riesgo de	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

							suicidio, los trabajos administrativos eran factor protector y el riesgo de suicidio en trabajos administrativos superiores era mayor que los no superiores.	
Risk of suicide in patients with cancer aged 75 years or more – Follow-up of over 400,000 individuals. (63)	Irmina Maria Michalek, Florentino Luciano Caetano dos Santos, Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska	DOI: 10.1016/j.maturitas.2023.10778	2023	Estudio observacional retrospectivo de cohortes	Polonia	N = 410.440 casos de cáncer en personas ≥75 años.	Después del diagnóstico, el riesgo de suicidio en los hombres era mayor (64%) que el del mismo grupo de edad, en las mujeres no era significativo. El riesgo de suicidio en los siguientes meses y años dependía también del tipo de cáncer.	Un mayor riesgo de suicidio caracteriza a los hombres polacos de ≥75 años con cáncer en comparación con la población masculina de edad avanzada en general. Los pacientes de edad avanzada con cáncer deben recibir apoyo especial, como un mayor acceso a servicios de salud mental e intervenciones psicosociales personalizadas.

<p>Passive and active suicidal ideation in Swedish 85-year-olds: Time trends 1986-2015. (64)</p>	<p>Mattias Jonson, Robert Sigström, Madeleine Mellqvist Fässberg, Hanna Wetterberg, Lina Rydén, Therese Rydberg Sterner, Khedidja Hedna, Ulrika Lagerlöf, Nilsson, Ingmar Skoog, Margda Waern</p>	<p>DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.060</p>	<p>2021</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo de cohortes</p>	<p>Suecia</p>	<p>Personas >85 años entrevistadas en 1986 (N = 347), 2008 (N = 426) and 2015 (N = 320).</p>	<p>Una puntuación más alta en MADRS estaba directamente asociado con ideación suicida. La residencia en la institución, el uso de medicamentos antidepresivos y la dependencia en las AVD siguieron estando asociados con mayores probabilidades de informar cualquier ideación suicida pasiva/activa. La residencia en una institución, y los sentimientos de soledad se asociaron con cualquier ideación suicida pasiva/activa.</p>	<p>Observamos una disminución en la prevalencia de ideación suicida en personas de 85 años entre 1986 y 2008. Una multitud de cambios sociales y relacionados con la atención médica pueden haber contribuido a esta disminución. Se necesitan estrategias preventivas dirigidas a la soledad y centradas en entornos institucionales. En particular, hombres mayores sin pareja.</p>
---	---	---	-------------	--	---------------	---	---	---

<p>Life weariness, suicidal thoughts and mortality: a sixteen-year longitudinal study among men and women older than 60 years.</p> <p>(65)</p>	<p>Cecilia Fagerström, Anna Karin Welmer, Sölve Elmstahl y Hanna Tuveesson</p>	<p>DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-021-11329-z</p>	<p>2021</p>	<p>Estudio observacional longitudinal de cohortes</p>	<p>Suecia</p>	<p>N= (7. 213) (personas > 60 años)</p>	<p>Presentar cansancio de vida y pensamientos suicidas es un factor de riesgo que reduce la tasa de supervivencia de la persona. A partir de los 80 años hay más predisposición a presentar cansancio de vida y pensamientos suicidas. Tener 80 años y ser hombre es un factor de riesgo. Se requieren más recursos para detectar estos factores de riesgo, ya que una detección precoz puede reducir los suicidios.</p>	<p>Este estudio investiga la relación entre el cansancio de la vida y los pensamientos suicidas y la supervivencia en adultos mayores, utilizando una muestra representativa a nivel nacional durante un largo período de tiempo. Los hallazgos subrayaron el cansancio de la vida y los pensamientos suicidas como factores de riesgo de mortalidad a largo plazo. Los individuos con cansancio de la vida y pensamientos suicidas tenían la mitad de la tasa de supervivencia y un tiempo de supervivencia más corto en comparación con aquellos sin tales pensamientos. La interacción entre sexo y edad predijo la mortalidad a largo plazo entre los adultos mayores.</p>
---	--	---	-------------	---	---------------	--	--	--

<p>Suicide Risk Factors among Polish Adults Aged 65 or Older in 2000-2018 Compared with Selected Countries Worldwide. (66)</p>	<p>Witold Śmigielski ,Karolina Malek ,Tomasz Jurczyk ,Karol Korczak ,Robert Gajda ,Alicja Cicha-Mikołajczyk ,Jerzy Piwoński ,Joanna Śmigielska-Kolańska ,Janusz Śmigielski ,Wojciech Drygas y Piotr Gałecki</p>	<p>DOI: 10.3390/ijerp018189921</p>	<p>2021</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo de riesgo Relativo</p>	<p>Polonia</p>	<p>N = 4.348 personas >65 años que murieron por suicidio</p>	<p>En 2018, la tasa de suicidio más alta por sexo se observó en hombres adultos mayores de 85 años y en el caso de las mujeres de 75 a 84 años.</p> <p>En los hombres mayores de 65 años o más con educación secundaria o superior presentaban un riesgo menor de suicidio. En el caso de los hombres con solo la educación primaria presentaban un riesgo mayor.</p> <p>Por otra banda, en las mujeres de esta franja de edad, las</p>	<p>Nuestra investigación proporciona información más detallada sobre los determinantes sociodemográficos específicos de la muerte suicida entre adultos de 65 años o más y respalda las pautas establecidas anteriormente sobre la importancia de un diagnóstico preciso, la disponibilidad de ayuda y la creación de conciencia social sobre estos problemas y oportunidades de apoyo.</p>
---	---	---	-------------	---	----------------	---	---	---

							que tenían una educación superior e independientemente que estuvieran casadas o divorciadas tenían más riesgo de suicidio. En el caso de las mujeres solteras o viudas tenían un menos riesgo.	
A cross-sectional study of prevalence and correlates of self-harm and suicidal ideation in older adults with dual sensory loss.	Hanna B Hovaldt, Kathryn Crowe, Jesper Dammeyer.	DOI: https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101204	2022	Estudio cuantitativo descriptivo	Dinamarca	N = 290 (70% mujeres)	No participar en actividades sociales, tener una mala autoevaluación de la propia salud, no tener apoyo emocional y presentar síntomas depresivos predispone la	Estos hallazgos resaltan la importancia de los exámenes de salud mental continuos y el apoyo a los adultos mayores con DSL, especialmente para garantizar servicios de salud mental accesibles.

(67)							<p>autolesión y la ideación suicida.</p> <p>No se encuentra una asociación entre las características sensoriales (sexo, edad, gravedad de la pérdida de visión y de audición) con pensamientos de autolesión o suicidio.</p>	
------	--	--	--	--	--	--	--	--

Los resultados obtenidos de la realización de la revisión sistemática según descrita en la metodología muestran un total de 8 artículos. Tres de los artículos pertenecen a Polonia (60,63,66), tres a Suecia (62,64,65), uno a Irlanda (61) y otro a Dinamarca (67). Las muestras de población son heterogéneas, ya que en algunos casos superan el millón de personas (60–62) y en otros artículos analizan muestras de miles de personas (63,65,66) o cientos (64,67).

El primer artículo (60) es un estudio observacional de casos y controles publicado en Polonia en el año 2023, con una muestra de 1,43 millones de personas diagnosticadas con cáncer. Nos indica que a mayor edad mayor riesgo de suicidio y que el grupo de edad comprendido entre los 75 y 99 años presenta mayor riesgo. La mayor incidencia se produce a los primeros seis meses tras el diagnóstico y este se extiende hasta los dos años. Asimismo, los hombres se suicidan más que las mujeres con mayor riesgo entre los grupos de edad de los 65 a 75 años y los 75 a 99 años.

El segundo artículo (61) es un estudio observacional descriptivo poblacional publicado en Irlanda en el año 2020, con una muestra de 1 millón de personas mayores de 18 años. Nos indica que las personas con mala salud mental tienen cuatro veces mayor riesgo de suicidarse presenten o no limitaciones físicas. El riesgo de suicidio en personas con una o varias enfermedades se relaciona más por las limitaciones que conllevan en las actividades básicas de la vida diaria que el número de enfermedades que tengan. En cambio, en las personas mayores de 60 años con limitación física, no se ha demostrado diferencia en el riesgo de suicidio, independientemente de que tengan o no salud mental.

El artículo (62) es un estudio observacional de casos y controles publicado en Suecia en el año 2020, con una muestra de 1.413.806 personas mayores de 75 años. Nos indica que los usuarios de la terapia antidepresiva eran la mayoría viudos y con un ingreso más bajo en comparación a los que no usaban esta terapia. Además, los usuarios de la terapia fueron más elevadas en los residentes en instituciones y en las personas que toman medicación por la demencia. Haber nacido fuera de los países nórdicos, estar soltero y en oficios con trabajos manuales eran un factor de riesgo. En cambio, tener más de 80 años o más, residir en una institución, tener la educación secundaria superior y los trabajos de administrativos eran factores protectores. El método más común de suicidio en hombres fue el ahorcamiento y en las mujeres el envenenamiento independientemente del uso de la terapia AD.

El artículo (63) es un estudio observacional retrospectivo de cohortes publicado en Polonia en el año 2023, con una muestra de 410.440 de personas con cáncer de 75 años o más. Nos indica que tras el diagnóstico de cáncer los hombres presentaban mayor riesgo de suicidio (64%) que las mujeres del mismo grupo de edad. Asimismo, el riesgo de suicidio dependía del tipo de cáncer diagnosticado.

El quinto artículo (64) es un estudio observacional retrospectivo de cohortes publicado en Suecia en el año 2021. Analiza varias muestras de población mayor de 85 años, una en 1986 (n=347), otra en 2008 (n=426) y otra en 2015 (n=320). El estudio concluye que una puntuación más alta en la escala MADRS, residir en una institución y los sentimientos de soledad se asocian con un riesgo de ideación suicida pasiva o activa mayor.

El siguiente artículo (65) se trata de un estudio observacional longitudinal de cohortes publicado en Suecia en 2021. Cuenta con una muestra de 7.213 personas mayores de 60 años, y tiene como resultado que la presencia de cansancio de vida y/o pensamientos suicidas reduce la tasa de supervivencia de la persona.

El séptimo artículo (66) consiste en un estudio observacional retrospectivo de Riesgo Relativo, y fue publicado en Polonia en 2021. La muestra del artículo se compone de 4.348 personas mayores de 65 años que murieron por suicidio. El estudio refiere que las tasas más altas de suicidio se observaron en hombres mayores de 85 años y mujeres de 75 a 84 años, estableciendo también como factores de riesgo un nivel de estudios inferior, el estado civil (en el caso de los hombres si no están casados más riesgo y en el de las mujeres si no están casadas menos riesgo).

El último artículo (67) es de tipología cuantitativa descriptiva y fue publicado en Dinamarca el año 2022. La muestra que se analizó incluye 290 personas (70% mujeres). El estudio establece en sus resultados que no participar en actividades sociales, una mala autoevaluación de la propia salud, no tener apoyo emocional y presentar síntomas depresivos son factores predisponentes a la autolesión y la ideación suicida, aunque no encuentra asociación entre el déficit sensorial y un mayor riesgo de autolesión e ideación suicida.

6. DISCUSIÓN

En dos de los artículos revisados (60,63) se relaciona el riesgo de suicidio con el cáncer, que, a pesar de ser un tema específico, nos aporta información útil para entender el impacto de las enfermedades crónicas en las personas mayores. En uno de ellos, se analiza una población de más de un millón de personas mayores de 18 años (60) y en el otro se centra en la una muestra de casi medio millón de personas mayores de 75 años (63).

En cuanto a nuestro objetivo principal hemos logrado identificar algunos factores de riesgo que influyen en la aparición de ideas o conductas suicidas. Determinados factores de riesgo coinciden en varios artículos, tales como las variables de sexo (60,62,63,65,66), edad (60,62,63,66), estado civil (61,62,64,66), estatus socioeconómico (62), o nivel de estudios (62,66). En uno de los artículos (61) se destaca la limitación funcional como factor de riesgo.

Por lo contrario, uno de los estudios (62) indica que dentro de la población que toma fármacos antidepresivos, tener más de 80 años y estar institucionalizado actúa como factor protector. Esta conclusión discierne con las de los anteriores estudios, en las que establecen una relación positiva entre el aumento de la edad y el aumento del riesgo de suicidio.

La depresión en las personas mayores de 65 años afecta al menos a 1 de cada 6 personas, con mayor prevalencia en las residencias y hospitales (49). Sin embargo, esta patología solo se menciona en dos de los artículos revisados (64,67) y en otro se menciona la salud mental en general, sin especificar diagnósticos (61).

En algunos de los artículos revisados se hace referencia a diversas escalas de valoración: la escala MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) (64,65), la escala MDI (Major Depression Inventory) (67). Solo aparece en un artículo una escala específica para valorar el riesgo de suicidio, las preguntas Paykel (64). En ninguno de los artículos revisados se menciona el Test de Yesavage, comentado anteriormente en el marco teórico, este test es específico de la población geriátrica (68).

La situación social es un elemento clave en relación con el suicidio, esto se ve reflejado en varios artículos, que establecen una relación estrecha entre estar casado o tener pareja y un riesgo mayor de suicidio (61,62,64,66). En el artículo (61) menciona que en el grupo de edad mayor de 75 años o más, con multimorbilidad y limitación de las

actividades, no estar casado es un factor de riesgo sin especificar ni diferenciar entre ambos sexos. No obstante, en uno de los artículos (62) se concluye que no hay diferencias significativas entre las mujeres que están casadas y las que no lo están, por tanto, según este artículo, el estado civil no supone un factor protector ni de riesgo para las mujeres. Según indica otro de los artículos revisados (66), en el grupo de población femenino supone un mayor riesgo de suicidio estar casadas o divorciadas, mientras que estar solteras o viudas actúa como factor protector.

La mitad de los artículos seleccionados (60,65–67) coinciden en su conclusión en cuanto a la necesidad de investigar más sobre esta problemática de salud y de establecer intervenciones para su prevención y detección precoz, dado que no hay suficiente evidencia sobre las conductas suicidas y el suicidio en este grupo de edad.

Una de nuestras limitaciones principales ha sido la presencia de sesgos en la pre-intervención de los estudios. Uno de los sesgos más repetidos es el sesgo de confusión. Este está presente en cinco de los artículos revisados (60–63,65). El sesgo que más hemos identificado es el sesgo de población, presente en seis de los artículos revisados (60,61,64–67).

7. CONCLUSIONES

Enfocamos nuestro trabajo en la población mayor de 65 años, ya que son un grupo vulnerable, y cada vez más numeroso por el aumento de la esperanza de vida (69). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2020 al 2030 se producirá un incremento de 400 millones de personas mayores a nivel mundial, es decir, uno de cada seis personas de la población tendrá más de 60 años (52).

Hemos identificado un vacío evidente en la literatura sobre el suicidio en el grupo de edad mayor de 65 años en España, por ese motivo ampliamos la búsqueda a Europa.

A pesar de que las cifras muestran que en España las personas mayores de 65 años se suicidan más que el resto de los grupos de población (6), no hemos encontrado ningún estudio que analice esta problemática. Asimismo, no se aborda de manera específica al grupo de edad de mayores de 65 años en la Estrategia de Prevención del Suicidio del Sistema Nacional de Salud (70).

Los 10 países que tienen más prevalencia de suicidio son: Lituania Letonia, Eslovenia, Bélgica, Hungría, Finlandia, Estonia, Suecia y Austria. Los 5 países que muestran una prevalencia más baja son: Chipre, Grecia, Malta, Italia y España (71). Según estos datos, en términos generales, se evidencia que el riesgo de suicidio es mayor en los países del norte de Europa y menor en los países del sur.

Hemos podido identificar algunos factores de riesgo que contribuyen a la aparición de ideas suicidas y del suicidio consumado en los estudios revisados.

Tras revisar los artículos seleccionados, no hemos encontrado evidencias de recursos, protocolos o actividades de prevención del suicidio que puedan ser aplicables por parte de la profesión de enfermería en el grupo de edad mayor de 65 años. Por eso es necesario que las intervenciones y actividades que se hagan se evidencien en forma de investigaciones y artículos para que se conozca el importante papel que tiene esta profesión en la prevención de este problema de salud pública.

Aunque existen muchos tabúes y prejuicios sobre el suicidio (50) en las personas mayores y la población general, no hay evidencia de ellos dentro de la población mayor ni en la población en general, es por esta razón que sería interesante seguir investigando en esta línea para conocer cuáles son y hacerles frente.

Hemos identificado algunos instrumentos y escalas de valoración de riesgo de suicidio y la depresión en los artículos seleccionados, pero ninguno de ellos es específico para la población geriátrica, y no hemos encontrado evidencias de su uso en la práctica clínica.

Por tanto, como enfermeras, proponemos para futuras investigaciones, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protectores ante el suicidio en el grupo de edad de mayores de 65 años, validar un protocolo específico de manera multidisciplinar, aplicarlo en consulta comunitaria de enfermería como portal de las personas mayores y evaluar su eficacia (si disminuye la tasa de suicidio en este grupo de edad) para así extenderlo a hospitalización, centros sociosanitarios y residencias.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ciapponi A. Herramientas ROBINS para evaluar el riesgo de sesgo de estudios no aleatorizados. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2022 Aug 24;25(3):e007024.
2. ESTADÍSTICAS VISUALIZADAS Edición 2021 Demografía de Europa.
3. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida a diferentes edades por edad y periodo [Internet]. 2021. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/ICV/dim3/&file=31104.px>
4. Ministerio de Sanidad - Prensa y comunicación - Notas de Prensa [Internet]. [cited 2024 Apr 27]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5006>
5. Organización mundial de la salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
6. Ministerio de Sanidad. Mortalidad por suicidio en España, 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defunciones_Suicidio2020.pdf
7. Generalitat de Catalunya D de S. Plan de prevención del suicidio de Catalunya 2021-2025 [Internet]. Barcelona; 2021. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6319/pla_prevencio_suicidi_catalunya_2021_2025_2021.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, BIREME. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=20174>
9. Envejecimiento [Internet]. [cited 2024 Apr 27]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_1
10. Nations U. Envejecimiento | Naciones Unidas. [cited 2024 Apr 27]; Available from: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
11. Ministerio de derechos sociales consumo y agenda 2030, Secretaria de Estado de Derechos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Los Mayores a un clic [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 3]. Available from: <https://imserso.es/ca/espacio-mayores/estadisticas/mayores-un-clic>
12. Ministerio de Sanidad. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 11]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm>
13. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/es/about/frequently->

24. Gómez de Rueda I. Ritos exequiales. No creyentes, no bautizados y suicidas. . Revista Murciana de Antropología. 1997;2:179–87.
25. ACNUR. Guerra de los Balcanes [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 19]. Available from: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/desplazados/guerra-de-los-balcanes-uno-de-los-peores-conflictos-de-la-historia>
26. Villoria Borrego DL. Suicidio en el anciano [Internet]. Alcázar de San Juan: Sociedad Castellano-Manchega de Geriátría y Gerontología; 2011 [cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://www.scmgg.com/media/13-sucidio-anciano.pdf>
27. Pedreño MH. GÉNERO Investigación financiada por la Secretaría Sectorial de la Mujer y la Juventud.
28. Asociadas C, Género AL, María C, Torralbo F, Torres IC, Grande Gascón ML. DIFERENCIAS DE CARGA EN EL DIFFERENCES IN BURDEN OF CARE ASSOCIATED WITH GENDER. [cited 2024 May 12]; Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/906/>
29. Pérez Hernández AM. La percepción social de la vejez [Internet]. Universidad de La Laguna; 2014 [cited 2024 Feb 10]. Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La+percepcion+social+de+la+vejez.pdf?sequence=1>
30. Carlos San Juan De Laorden. ATENCIÓN HUMANA EN SUCURSALES BANCARIAS [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 1]. Available from: <https://www.change.org/p/tengo-78-a%C3%B1os-y-me-siento-apartado-por-los-bancos-todo-es-por-internet-y-no-todo-el-mundo-se-manaja-pido-atenci%C3%B3n-humana-en-las-sucursales-bancarias-bbva-caixabank-bankinter-santander-resp-sabadell-help-cabk-responde-bbvaresponde-es>
31. Organización Mundial de la Salud. Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud [Internet]. Ginebra; 2016 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
32. Organización Mundial de la Salud. Global report on ageism [Internet]. Génova; 2021 [cited 2024 Jan 26]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2021/03/9789240016866-eng.pdf>
33. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos [Internet]. 2009 [cited 2024 Jan 27]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/EyR_UPP.pdf
34. Visión general - Comisión Europea [Internet]. [cited 2024 Apr 27]. Available from: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_es
35. INE. Uso de servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización, mamografía, citología, consulta ginecológica) [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 27]. Available from:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926695829&p=%2F&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

36. Rivas Costa G, Domínguez Berjón MF, Astray Mochales J, Gènova Maleras R, Rodríguez Laso Á, Esteban Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2009 [cited 2024 Jan 27];83. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600007
37. Dydyk AM, Conermann T. Chronic Pain [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31971706/>
38. Javier de Andrés A, Juan Pablo Acuña B, Alicia Olivares S. Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Jul;25(4):674–86.
39. Sociedad Española del Dolor (SED), Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR). Barómetro del dolor crónico en España 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/barometro-dolor-cronico-espana-2022.pdf>
40. Polimedicación: causas, consecuencias e intervenciones para prevenirla. [Internet]. [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/polimedicacion-causas-consecuencias-e-intervenciones-para-prevenir-la/>
41. Barroso V. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario 1. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35:114–23.
42. DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. La soledad en la vejez [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 25]. Available from: https://dixit.gencat.cat/es/detalls/Article/20221028_soledat_vellesa.html
43. Organización Mundial de la Salud. Aislamiento social y soledad [Internet]. [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
44. Rueda Estrada JD. LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. UNA REALIDAD INVISIBLE. *Actas de Coordinación Sociosanitaria* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 20];23:43–64. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8967572>
45. Molero Jurado M del M, Pérez-Fuentes M del C, Medialdea Lázaro N, Barragán Martín AB, Martos Martínez Á, Cardila Fernández F, et al. Relación entre la soledad de los ancianos y la percepción de su salud y estado general. In: ASUNIVEP, editor. *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor* [Internet]. 2015 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=656643>

46. Fernández-Mallorals Fernández G, Labeaga Azcona JM, López Doblas J, Madrigal Muñoz A, Pinazo-Hernandis S, Rodríguez Rodríguez V, et al. Las Personas Mayores en España [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 20]. Available from: https://imserso.es/documents/20123/0/informe_ppmm_2018.pdf/286268bb-a0e9-6b2d-693d-e3b2f0204929
47. Geovanna Morales-Pachay CI, Alejandro Alcívar-Molina SI. Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. 2021;63:509–20. Available from: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
48. Depresión [Internet]. [cited 2024 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
49. Bosch i Fontcuberta JM, Barceló Colomer ME, González Rodríguez VM. Depresión en el mayor. In: Guías de Práctica Clínica en el mayor desde la Atención Primaria.
50. Ministerio de Sanidad. Sanidad publica un documento de recomendaciones a los medios de comunicación para las informaciones sobre las conductas suicidas [Internet]. [cited 2024 Apr 28]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5006>
51. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Suicidios España 2022. 2023.
52. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
53. Moutier C. Conducta suicida [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 29]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
54. Instituto Nacional de Estadística. Glosario de conceptos [Internet]. [cited 2023 Dec 29]. Available from: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=1927&op=30221&p=1&n=20>
55. Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). ¿Qué son suicidio y autolesión? [Internet]. [cited 2023 Dec 29]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/suicidio-y-autolesion/que-son-suicidio-y-autolesion>
56. El suicidio en personas mayores. [Internet]. [cited 2024 Feb 8]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-suicidio-en-personas-mayores/>
57. Bethancourt Santana Y, Betancourt Enriquez J, Moreno Rodríguez Y, Saavedra Díaz A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. *Mediciego* [Internet]. 2015 [cited 2024 Jan 20];21(1). Available from: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85>
58. NNNConsult [Internet]. [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/>

59. PRISMA. Diagrama de flujo [Internet]. 2020 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
60. Michalek IM, Caetano dos Santos FL, Wojciechowska U, Didkowska J. Suicide after a Diagnosis of Cancer: Follow-Up of 1.4 Million Individuals, 2009–2019. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2023;15(17):4315-4315–31. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=171860053&site=eds-live>
61. Onyeka IN, Maguire A, Ross E, O'Reilly D. Does physical ill-health increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Jul 8;29:e140.
62. Hedna K, Hensing G, Skoog I, Fastbom J, Waern M. Sociodemographic and gender determinants of late-life suicide in users and non-users of antidepressants. *Eur J Public Health* [Internet]. 2020 Oct 1;30(5):958–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32653913>
63. Michalek IM, Caetano dos Santos FL, Wojciechowska U, Didkowska J. Risk of suicide in patients with cancer aged 75 years or more – Follow-up of over 400,000 individuals. *Maturitas* [Internet]. 2023 Sep;175:107785. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512223003791>
64. Jonson M, Sigström R, Mellqvist Fässberg M, Wetterberg H, Rydén L, Rydberg Sterner T, et al. Passive and active suicidal ideation in Swedish 85-year-olds: Time trends 1986-2015. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Jul 1;290:300–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34020204>
65. Fagerström C, Welmer AK, Elmståhl S, Tuveesson H. Life weariness, suicidal thoughts and mortality: a sixteen-year longitudinal study among men and women older than 60 years. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Jul 9;21(1):1359. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34243751>
66. Śmigielski W, Małek K, Jurczyk T, Korczak K, Gajda R, Cicha-Mikołajczyk A, et al. Suicide Risk Factors among Polish Adults Aged 65 or Older in 2000-2018 Compared with Selected Countries Worldwide. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Sep 21;18(18). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34574845>
67. Hovaldt HB, Crowe K, Dammeyer J. A cross-sectional study of prevalence and correlates of self-harm and suicidal ideation in older adults with dual sensory loss. *Disabil Health J* [Internet]. 2022 Jan;15(1):8. Available from: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/cross-sectional-study-prevalence-correlates-self/docview/2570457233/se-2?accountid=14733>
68. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), Observatorio de la Metodología de Enfermería. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE [Internet]. [cited 2024 Jan 26]. Available from: https://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Yesavage.pdf
69. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Docum>

ents/2023/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

70. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS. 2022 [cited 2024 Apr 27]; Available from: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/>
71. World Health Organization GHODR. Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes) - European Union [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 27]. Available from: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?locations=EU&most_recent_value_desc=true
72. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), Observatorio de la Metodología de Enfermería. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE [Internet]. [cited 2024 Jan 26]. Available from: https://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Yesavage.pdf

9. ANEXOS

- ANEXO 1: Test de Yesavage

Las preguntas tienen 2 respuestas posibles: Si o No. Si la puntuación es mayor a 4, se considera que la persona sufre depresión. Según lo que se pregunte, la respuesta positiva o negativa puede puntuar o no. Existen varias versiones, en las que varía el número de preguntas, y, por tanto, su especificidad.

La versión más completa incluye las siguientes cuestiones: 1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?; 2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?; 3. ¿Siente que su vida está vacía?; 4. ¿Se siente a menudo aburrido?; 5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?; 6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?; 7. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?; 8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?; 9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?; 10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?; 11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?; 12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?; 13. ¿Piensa que su situación es desesperada?; 14. ¿Se siente lleno de energía?; 15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? (72)

- ANEXO 2: “Gérontopôle Frailty Screening Tool”

Persona de 65 y más años, autónomos (AVD ≥5/6 o Barthel ≥90), sin ninguna			
	Sí	No	No lo sé
¿El paciente vivo solo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente ha perdido peso de manera involuntaria en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente se encuentra más cansado en estos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente tiene más dificultades de movilidad en estos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente se queja de problemas de memoria ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente tiene una velocidad de marcha lenta ¿(más de 4 segundos para recorrer 4 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha contestado SÍ a una o más de estas preguntas:		SÍ <input type="checkbox"/>	
¿Parece que el paciente es frágil?		NO <input type="checkbox"/>	

- ANEXO 3: Cronograma

		MESES									
FASES	ACTIVIDADES	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
Elección del tema	Elección del tema										
	Justificación de tema elegido										
Diseño del trabajo	Establecimiento de objetivos y metodología										
Elaboración del marco teórico	Descripción de los conceptos a tratar y contextualización del tema a estudiar										
Revisión bibliográfica sistemática	Búsqueda y selección de publicaciones originales										
	Análisis y redacción de los resultados										
Entrega del trabajo											
Defensa del trabajo											