

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2021/2022

**Intervenciones para la prevención y detección del suicidio en
personas mayores: Revisión Sistemática**

David Vila Lemos

Directora: Carmen María García Martínez

Índice

Resumen	1
Resumo	2
Abstract	3
Siglas y acrónimos.....	4
1. Introducción	5
1.1. Justificación	9
2. Pregunta de investigación y objetivos.....	10
3. Metodología.....	11
3.1. Criterios de selección	11
3.2 Estrategia de búsqueda	12
3.2.1. Determinación términos MeSH y DeCS	12
3.2.2 Estrategia de búsqueda en bases de datos	13
3.3. Métodos de revisión.....	15
3.3.1. Selección de los estudios	15
3.3.2 Métodos de evaluación de calidad	16
3.4. Establecimiento de variables.....	18
4. Resultados.....	18
4.1. Factores de riesgo	18
4.2. Intervenciones relativas a la prevención y detección.....	21
4.2.1. Intervenciones universales de prevención	22
4.2.2. Intervenciones selectivas de prevención	23
4.2.3. Intervenciones indicadas de prevención	25
4.3. Escalas y cuestionarios destinados al cribado precoz.....	28
4.4. NICs de enfermería	31
4.5. Tablas de síntesis	31
5. Discusión	37
5.1. Limitaciones y fortalezas de esta Revisión Sistemática	39
5.2. Implicaciones para la práctica.....	40
6. Conclusiones.....	41
7. Bibliografía.....	42
8. Anexos	44
Anexo I	44
Anexo II	48
Anexo III	49
Anexo IV:.....	49

Índice de figuras

Figura 1: Gráfica de índice de envejecimiento poblacional	6
Figura 2: Gráfica de suicidios por edad y sexo	6
Figura 3: Informe de resultados de la búsqueda sistemática	16
Figura 4: Factores de riesgo alineados con intervenciones pertinentes	28

Índice de tablas

Tabla I: Mitos y realidades acerca del suicidio	9
Tabla II: Pregunta PIO de investigación	11
Tabla III: Determinación de MeSH y DeCS	12
Tabla IV: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library	13
Tabla V: Estrategia de búsqueda en Web of Science:	13
Tabla VI: Estrategia de búsqueda en CINAHL	14
Tabla VII: Estrategia de búsqueda en PubMed	14
Tabla VIII: Estrategia de búsqueda en CUIDEN	14
Tabla IX: Estrategia de búsqueda en PsychINFO	15
Tabla X: Ranking de cuartiles y factor de impacto	17
Tabla XI: NICs de enfermería	31
Tabla XII: Tabla de síntesis de revisiones	33
Tabla XIII: Tabla de síntesis de artículos originales	36

Resumen

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente, cerca de 800000 personas se quitan la vida, una cada 40 segundos; y muchas más lo intentan. El suicidio es una cuestión de Salud Pública que se produce a cualquier edad y que afecta a todas las regiones del mundo, con especial atención a los países de ingresos medianos y bajos. A pesar del gran número de investigaciones sobre el suicidio en la juventud, el suicidio en los ancianos constituye una significativa causa de muerte. Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, aunque por el contrario utilizan métodos más efectivos, lo que provoca a su vez una mayor letalidad. Al tratarse de un grupo de población en crecimiento, el número de suicidios seguirá aumentando, estimándose que para el 2030 será el doble.

OBJETIVO: Analizar la evidencia científica acerca de intervenciones para la detección, prevención y reducción de la ideación suicida en personas mayores, que pueden ser utilizadas por profesionales sanitarios tanto a nivel hospitalario como comunitario.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática analizando la literatura sobre la ideación suicida en las personas mayores. Se accedió durante los meses de febrero y marzo de 2022 a las bases de datos: Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, PubMed, CUIDEN y PsychINFO utilizando términos MeSH y DeCS específicos. Los documentos seleccionados se evaluaron con los instrumentos PRISMA¹⁵ y STROBE¹⁶ y se les asignó un nivel de evidencia a sus intervenciones según la escala Oxford¹⁷. De los 431 artículos que se recuperaron, tan solo 13 fueron los finalmente incluidos por cumplir con los criterios de inclusión pertinentes y considerar que respondían a la pregunta PIO de esta revisión.

RESULTADOS: El intento suicida previo y la depresión mayor son los principales factores de riesgo de la conducta suicida en la población de estudio. En concordancia con la OMS, se han clasificado las intervenciones según el sector de población al que van dirigidas en: universales, selectivas e indicadas.

CONCLUSIONES: Se puede observar como muchas de las intervenciones de identificación y prevención están incluidas en la NIC, confirmando de esta forma el importante papel de la enfermería dentro del grupo interdisciplinar de atención al mayor. Se debe seguir investigando, y especialmente las enfermeras en la temática en cuestión.

PALABRAS CLAVE: "Suicidio", "Anciano", "Detección", "Intervenciones preventivas".

Intervenciones para la prevención y detección del suicidio en personas mayores: Revisión Sistemática

Resumo

INTRODUCCIÓN: Segundo a Organización Mundial da Saúde (OMS) anualmente, cerca de 800000 persoas quítanse a vida, unha cada 40 segundos; e moitas máis tentan facelo. o suicidio é unha cuestión de Saúde Pública que se produce a calquera idade e que afecta a todas as rexións do mundo, con especial atención aos países de ingresos medianos e baixos. A pesar do gran número de investigacións sobre o suicidio na xuventude, o suicidio nos anciáns constitúe unha causa significativa de morte. Os anciáns realizan menos intentos autolíticos cos mozos, aínda que pola contra utilizan métodos máis efectivos, o que provoca á súa vez unha maior letalidade. Ao tratarse dun grupo de poboación en crecemento, o número de suicidios seguirá a incrementarse, estimando que para o 2030 sexa o dobre.

OBXECTIVO: Analizar a evidencia científica acerca das intervencións para a detección, prevención e redución da ideación suicida en persoas maiores, que poden ser utilizadas por profesionais sanitarios tanto a nivel hospitalario como comunitario.

METODOLOXÍA: Levouse a cabo unha revisión sistemática analizando a literatura sobre a ideación suicida nas persoas maiores. Accedeuse durante os meses de febreiro e marzo do 2022 ás bases de datos: Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, PubMed, CUIDEN e PsychINFO utilizando termos MeSH y DeCS específicos. Os documentos seleccionados avaliáronse cos instrumentos PRISMA¹⁵ e STROBE¹⁶ e asinóuseltes un nivel de evidencia ás súas intervencións segundo a escala Oxford¹⁷. Dos 431 artigos que se recuperaron, tan só 13 foron os finalmente incluídos por cumprir cos criterios de inclusión pertinentes e considerar que respondían á pregunta PIO desta revisión.

RESULTADOS: O intento suicida previo e a depresión maior son os principais factores de risco da conducta suicida na poboación de estudo. En concordancia coa OMS, clasificáronse as intervencións segundo o sector da poboación ao que van dirixidas en: universais, selectivas e indicadas.

CONCLUSIÓNS: Pódense observar como moitas das intervencións de identificación e prevención están incluídas nas NIC, confirmando desta forma o importante papel da enfermería dentro do grupo multidisciplinar de atención ao maior. Sen embargo, débese seguir investigando e especialmente as enfermeiras na temática en cuestión.

PALABRAS CLAVE: "Suicidio", "Ancián", "Detección", "Intervencións preventivas".

Abstract

INTRODUCTION: According to the World Health Organization (WHO), about 800,000 people take their own lives annually, one every 40 seconds; and many more attempt suicide. Suicide is a public health issue that occurs at all ages and affects all regions of the world, with a particular focus on low- and middle-income countries. Despite the large body of research on suicide in youth, suicide in the elderly is a significant cause of death. The elderly make fewer self-harm attempts than the young, but use more effective methods, which in turn leads to higher lethality. As a growing population group, the number of suicides will continue to increase, estimated to double by 2030.

OBJECTIVE: To analyse the scientific evidence on interventions for the detection, prevention and reduction of suicidal ideation in the elderly, which can be used by health professionals at both hospital and community level.

METHODOLOGY: A systematic review was carried out analysing the literature on suicidal ideation in the elderly. The following databases were accessed during the months of February and March 2022: Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, PubMed, CUIDEN and PsychINFO using specific MeSH and DeCS terms. The selected papers were assessed with the PRISMA¹⁵ and STROBE¹⁶ instruments and their interventions were assigned a level of evidence according to the Oxford scale¹⁷. Of the 431 articles retrieved, only 13 were finally included as they met the relevant inclusion criteria and were considered to answer the PIO question of this review.

RESULTS: Previous suicide attempt and major depression are the main risk factors for suicidal behaviour in the study population. In line with the WHO, interventions have been classified according to the target population as universal, selective and indicated.

CONCLUSIONS: It can be seen how many of the identification and prevention interventions are included in the IAS, thus confirming the important role of nursing within the interdisciplinary group of care for the elderly. Further research is needed, especially for nurses in this area.

KEYWORDS: "Suicide", "Elderly", "Detection", "Preventive interventions".

Siglas y acrónimos

- **ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria
- **AP:** Atención Primaria
- **BDI-II:** Beck Depression Inventory
- **CDC:** Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
- **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado
- **ESPP:** Programa de Prevención del Suicidio en Ancianos
- **FR:** Factor de Riesgo
- **GPC:** Guía de Práctica Clínica
- **IGE:** Instituto Gallego de Estadística
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **INQ-15:** Inter Cuestionario de Necesidades Personales-15
- **JCR:** Journal Citation Report
- **K-6 y K-10:** Versiones de 6 y 10 ítems de la Escala Estrés Psicológico de Kessler
- **NIC:** Nursing Intervention Classification
- **OCEBM:** Oxford Centre for Evidence Based Medicine
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- **RANZCP:** Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda
- **RN:** Revisión Narrativa
- **RS:** Revisión Sistemática
- **RUC:** Repositorio Universidade da Coruña
- **SDDS-PC:** Sistema de Diagnóstico basado en Síntomas para Atención Primaria
- **SEGG:** Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
- **SJR:** Scimago Journal Rank
- **SOD:** Sistema de Obtención de Documentos (Universidade da Coruña)
- **SRQ-20:** Cuestionario de Autoinforme
- **STROBE:** Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology
- **TRP:** Terapia de Resolución de Problemas
- **UBS:** Unidad Básica de Salud
- **WPA:** Asociación Mundial de Psiquiatría

1. Introducción

La palabra suicidio procede del latinismo “*suicidium*”, derivado de las expresiones *sui-* (de sí mismo) y *-cidium* (acto de matar), que se definen como el hecho de “matarse a sí mismo”¹. El diccionario de la Real Academia Española lo define como “acto o acción autolesiva con resultado de muerte”. En este término están involucrados tres aspectos: la intencionalidad de matarse, el conocimiento del desenlace fatal y la preparación del hecho en forma voluntaria¹.

Durkheim, sociólogo francés del siglo XIX, es el primer autor que realiza una definición del suicidio de forma que delimite la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte². Definió al suicidio como un fenómeno social en el que “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado”. Observó el suicidio como consecuencia de una serie de factores sociales, demográficos, históricos e incluso filosóficos, que se manifiestan y agrupan tanto en el colectivo de una sociedad como en las expresiones individuales de cada uno de sus integrantes³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente, cerca de 800000 personas se quitan la vida, una cada 40 segundos; y muchas más intentan hacerlo. El suicidio es una cuestión de salud pública que se produce a cualquier edad y que afecta a todas las regiones del mundo, con especial atención a los países de ingresos medianos y bajos, desarrollándose en estos el 75% de los casos⁴.

Las personas mayores también forman parte de estas proporciones. Factores como la dificultad de obtener acceso a la atención de salud, los problemas de salud mental, el aislamiento, el edadismo, la estigmatización de quienes buscan ayuda, dolores crónicos o consumo de sustancia psicoactivas y alcohol, hacen que el comportamiento suicida se convierta en una causa de mortalidad prevenible al orden del día en todo el mundo⁴.

En el año 2021, el Instituto Nacional de Estadística (INE) presenta en sus tabulaciones un índice de envejecimiento del 129%, o lo que es lo mismo, se han contabilizado 129 mayores de 64 años por cada 100 menores de 16, suponiendo esta cifra el mayor crecimiento (3,4

puntos porcentuales) de la serie histórica, teniendo en cuenta que el año pasado se situó en un 125,7%⁵.

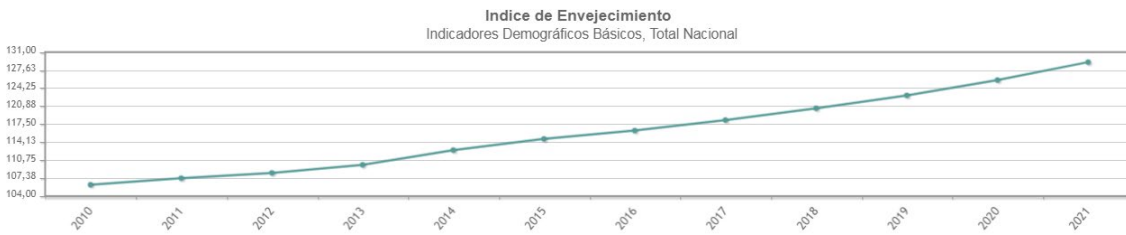


Figura 1: Gráfica de índice de envejecimiento poblacional
Fuente: INE

Galicia, en la misma línea que los datos nacionales, presentó en el 2021 un índice de envejecimiento del 164,2%, y las proyecciones del Instituto Gallego de Estadística (IGE) confirman una progresión al alza de este parámetro estadístico poblacional, estimando para el 2035 un valor del 262,6%⁶.

A la realidad demográfica que presenta nuestro territorio, la acompaña una serie de necesidades que precisa esta gran proporción de la población que representan las personas mayores. El aumento de hogares unipersonales, la falta de apoyo social y la soledad, muchas veces determinada por la dispersión del territorio y la falta de recursos que ofrezcan atención a las personas mayores, pueden influir en las cifras que presenta este colectivo en el total de muertes por suicidio en España⁵:

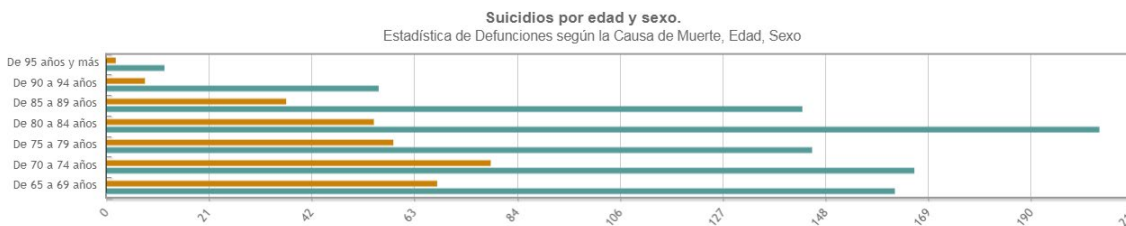


Figura 2: Gráfica de suicidios por edad y sexo
Fuente: INE

En cuanto al género, encontramos que la muerte por suicidio es más común en los hombres, aunque esta acción sea llevada a cabo con más frecuencia por las mujeres. Esto se debe a que los métodos llevados a cabo por los hombres son más graves y violentos; el método más utilizado es el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, frente a los utilizados por las mujeres como son el envenenamiento con benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos⁷.

Intervenciones para la prevención y detección del suicidio en personas mayores: Revisión Sistemática

A pesar del gran número de investigaciones sobre el suicidio en la juventud, el suicidio en los ancianos constituye una significativa causa de muerte. Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, aunque por el contrario utilizan métodos más efectivos, lo que provoca a su vez una mayor letalidad⁸. En el 2018, con un total de 3539 muertes por suicidio declaradas por el INE, de las cuales 1129 (32%) eran mayores de 65 años. Al tratarse de un grupo de población en crecimiento, el número de suicidios seguirá incrementándose, estimando que para el 2030 será el doble⁵. Por este motivo es necesario estudiar las diferentes causas de riesgo en la vejez para poder reducir este fenómeno.

En la actualidad se considera que el suicidio es un continuum de diferente origen y gravedad, que comienza en la ideación suicida y termina, en el peor de los casos con el suicidio consumado. Por este motivo, es necesaria la conceptualización de la conducta suicida. En 2007 Silverman revisa la nomenclatura vigente hasta esas fechas y establece la siguiente^{9,10}:

- **Ideación suicida:** Pensamientos sobre el suicidio. Dentro de la ideación suicida puede existir cierta intencionalidad suicida o no.
- **Comunicación suicida:** La persona con ideación suicida transmite a otra sus pensamientos e intenciones de acabar con su propia vida. Dentro de ella debemos distinguir la amenaza del plan suicida que sería la propuesta de un método para llevar a cabo una conducta suicida viable.
- **Conducta suicida:** Conducta auto lesiva en la que hay evidencia de que la persona desea aparentar la intención de morir o la persona tiene la verdadera intención de acabar con su vida.
 - *Autolesión o gesto suicida:* conducta potencialmente lesiva para la que existe evidencia de que la persona no tiene la verdadera intención de quitarse la vida.
 - *Conducta suicida no determinada:* conducta con grado indeterminado de intención suicida. Puede darse sin lesiones o con ellas y causar la muerte. (El grado de intencionalidad de la muerte no es determinado).
 - *Intento de suicidio:* conducta auto lesiva, pero sin resultado fatal.
 - *Suicidio:* “acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Otras definiciones de interés sobre este tema son^{9,10}:

- El **parasuicidio**: Conjunto de conductas donde el sujeto, de forma voluntaria e intencional, se produce daño físico.
- **Suicidio silencioso**: Intento oculto de provocarse la muerte. Utilizan medios no violentos como el abandono de la satisfacción de las necesidades básicas.

Existen dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo suicida: la entrevista clínica y las escalas de evaluación, estas siempre deben constituir un apoyo complementario y nunca sustituir al juicio clínico. Se recomienda utilizar aquella que se aproxime más a las características del paciente¹¹:

- La **entrevista clínica** es un instrumento esencial ya que supone el inicio de la interacción entre paciente y profesional, comprende unas preguntas específicas para valorar la frecuencia y gravedad de las ideas suicidas además de la posibilidad real de suicidio. Debe contener como mínimo una serie de información entre la que se encuentra: datos personales básicos del paciente, factores de riesgo y/o protectores que posee, características de la ideación suicida o del intento de suicidio previo y una evaluación clínica del profesional.
- La **aplicación de escalas** se llevará a cabo con el objetivo de cuantificar el riesgo suicida del paciente.

La información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir de diferentes fuentes: familiares, amigos y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

Durante la exploración inicial, los profesionales de la salud han de aclarar y confrontar ideas que existen sobre el suicidio con el paciente y familia. Tienen cabida en la sociedad múltiples ideas que se han demostrado falsas y que dificultan la prevención de la ideación suicida. Alguna de estas ideas erróneas se presentan en la siguiente tabla (**Tabla I**)⁹:

CREENCIAS ERRÓNEAS	SITUACIÓN REAL
ÉL QUE SE QUIERE MATAR NO LO DICE	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. De cada 10 personas que se suicidaron, 9 manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
ÉL QUE LO DICE NO LO HACE	Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que puede considerarse como chantajes o manipulaciones.

	El que se suicida lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
TODO ÉL QUE SE SUICIDA ES UN ENFERMO MENTAL	Intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental. Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.
HABLAR SOBRE EL SUICIDIO CON UNA PERSONA QUE ESTÁ EN RIESGO LE PUEDE INCITAR A QUE LO REALICE	Infunde temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo. Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
SÓLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN	Pretende evadir el suicidio como una causa de muerte en edad tempranas de la vida como son los niños y los adolescentes. Pone una vez más el foco en la discriminación que existe hacia los mayores y sus conductas.
EL SUICIDA DESEA MORIR	Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman. Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.

Tabla I: Mitos y realidades acerca del suicidio

Debido a que el suicidio en personas mayores supone un gran problema de salud pública asociado a importantes cifras de morbilidad (enfermedades mentales, reintentos suicidas, etc), hospitalización y mortalidad, el objetivo que se busca con esta revisión es analizar la evidencia con respecto a los factores de riesgo que se presentan en la conducta suicida, así como los métodos de detección y las intervenciones preventivas existentes en personas de 60 o más años.

1.1. Justificación

El envejecimiento poblacional es una realidad cada vez más evidente en nuestra sociedad. Este cambio en la pirámide poblacional viene acompañado de un cambio en las necesidades de la población, o lo que es lo mismo, si el número de personas de 60 o más años aumenta, también lo deberían hacer los esfuerzos dirigidos hacia este sector de la población.

Intervenciones para la prevención y detección del suicidio en personas mayores: Revisión Sistemática

La ideación y comportamiento suicidas no es más que la manifestación, que llevan a cabo, en la mayoría de casos, nuestros mayores, para enviar la última señal de alarma. Por lo que conocer las causas y determinantes sociales en esta población, permitirá crear estrategias de prevención y detección eficaces y que den respuesta a este fenómeno suicida a nivel nacional y global.

Aunque existen campañas de sensibilización y prevención, el suicidio todavía es un tema tabú en muchas sociedades, por lo que estas tareas de visibilización no acaban de dar sus frutos en una reducción significativa de las tasas de mortalidad. Por ello, los equipos interdisciplinarios de atención comunitaria de la salud deben tener entre sus objetivos prioritarios la sensibilización y puesta en valor de este fenómeno invisible para gran parte de la sociedad, pero que representa la primera causa de muerte externa prevenible en España¹².

Con arreglo a todo lo anterior, se justifica la elaboración de la presente revisión, dónde se pretende poner en valor y recoger las intervenciones y herramientas de detección de la ideación suicida en las personas mayores.

2. Pregunta de investigación y objetivos

Como punto de partida de la siguiente revisión, se encuentra la elaboración de la pregunta PICO/PIO. Bajo el acrónimo PICO, se resumen los 4 componentes de la estructura de una pregunta de investigación: Población/problema, Intervención, Comparación, Resultado. En este caso la pregunta sería la siguiente:

¿Qué intervenciones recoge la evidencia científica como métodos eficaces para identificar y prevenir la ideación suicida en personas mayores y son utilizados por profesionales sanitarios?

P	I	O
Personas de 60 o más años que viven en la comunidad o residen en una institución	Intervenciones para identificar y prevenir el suicidio	Eficacia de las intervenciones para detectar y prevenir la ideación suicida en el colectivo de personas mayores

Tabla II: Pregunta PIO de investigación

De este modo se procedió a establecer los objetivos del trabajo:

Objetivo general:

- Recoger la evidencia científica acerca de las intervenciones que pueden ser llevadas a cabo para prevenir, identificar y reducir la ideación y conductas suicidas en personas mayores de 60 años.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores de riesgo de intento de suicidio en la población mayor.
- Determinar las intervenciones relativas a la detección y manejo de la ideación y comportamiento suicida.
- Citar las diferentes escalas y cuestionarios disponibles para el cribado.
- Reconocer aquellas intervenciones que se encuentren recogidas en la Nursing Intervention Classification (NIC) de enfermería.

3. Metodología

3.1. Criterios de selección

Se incluyeron para formar parte de este trabajo, documentos que diesen respuesta a la pregunta PIO planteada, y además, cumpliesen los siguientes **criterios de inclusión:**

- **Tipo de estudio:** Revisiones Sistemáticas (RS) con y sin metaanálisis, Revisiones Narrativas (RN), Guías de Práctica Clínica (GPC), estudios originales cuantitativos o mixtos, estudios de casos-controles, ensayos clínicos, Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA).

Intervenciones para la prevención y detección del suicidio en personas mayores: Revisión Sistemática

- Muestra: Personas mayores de 60 o más años.
- Ámbito: Comunitario y hospitalario.
- Idiomas: Se incluirán publicaciones en español, inglés y portugués.
- Rango temporal: Últimos cinco años.

Por otro lado, se rechazarán todos aquellos artículos que presenten algunos de los siguientes **criterios de exclusión**:

- Tipo de estudio: Carta al director, editorial, reseña bibliográfica, folleto informativo y estudio de casos.
- Muestra: Personas menores de 60 años, personas mayores de 60 años diagnosticadas de cualquier tipo de Demencia.
- Documentos de acceso restringido que tampoco hayan podido ser facilitados a través de la herramienta “SOD”.

3.2 Estrategia de búsqueda

Una vez desarrollada la pregunta de investigación, se comenzó una búsqueda de RS en las bases de datos *Cochrane Library* y *PubMed*. La finalidad con la que se trabajaba, era seleccionar una revisión que coincidiese con nuestro tema y que sirva de punto de partida para ampliar los conocimientos hasta la actualidad.

3.2.1. Determinación términos *MeSH* y *DeCS*

Con el fin de acceder a la literatura pertinente, de forma previa, se convirtió la pregunta PIO planteada a términos MeSH y DeCS: o lo que es lo mismo, un vocabulario controlado utilizado para rescatar resultados que se ajusten a nuestro objetivo.

TÉRMINO	MeSH	DeCS
Suicidio	“Suicide” “Suicide attempted” “Suicidal ideation”	“Suicidio” “Intento de suicidio” “Ideación suicida”
Anciano	“Aged”	“Anciano”
Detección	“Intervention” “Prevention” “Risk factor”	“Intervención” “Prevención” “Factor de riesgo”
Enfermería	“Nurse, nursing” “Nurse Diagnosis”	“Enfermera, enfermería” “Diagnóstico de enfermería”

Tabla III: Determinación de MeSH y DeCS

3.2.2 Estrategia de búsqueda en bases de datos

Con el fin de recabar información acerca del tema a estudio, se llevó a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos científicas durante los meses de febrero y marzo de 2022. Se estableció como límite el rango de búsqueda a partir de 2016, ya que este trabajo se marca como punto de partida una revisión cuya bibliografía abarca hasta abril de 2016¹⁸.

Cochrane Library:

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	(#1 "Suicide OR #2 "Suicide, Attempted") AND (#3 "Aged") AND (#4 "Nurses, Community Health" OR #5 "Nursing care")
RESULTADOS	2
FILTROS APLICADOS (año, tipo de publicación, idioma...)	Año de publicación: 2016 a 2021
RESULTADOS	1

Tabla IV: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library

Web of Science

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	(TS=("suicide" OR "suicidal ideation" OR "suicide attempt")) AND (TS=("aged")) AND (TS=("early intervention" OR "suicide prevention" OR "detect*" OR "nurs*"))
RESULTADOS	5227
FILTROS APLICADOS (año, tipo de publicación, idioma)	-Artículo, revisiones y ensayos clínicos -Año de publicación: 2016 a 2021 -Inglés, castellano y portugués -Categorías de WOS: Geriatrics Gerontology, Nursing, Health Care Sciences Services
RESULTADOS	278

Tabla V: Estrategia de búsqueda en Web of Science:

CINAHL

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	S1 (MM "Suicide") OR (MM "Suicide, Attempted") OR (MM "Suicidal Ideation") AND S2 (MH "Aged") AND S3 (MH "Suicide Prevention (Iowa NIC)") OR (MH "Psychosocial Intervention") OR (MH "Nursing interventions") OR (MH "Early intervention")
RESULTADOS	5
FILTROS APLICADOS (año, tipo de publicación, idioma...)	-Año de publicación: 2016 a 2021 -Publicación académica y revista -Inglés, castellano y portugués -Edad: 65 o más años, 80 o más años

Intervenciones para la prevención y detección del suicidio en personas mayores: Revisión Sistemática

RESULTADOS	1
-------------------	---

Tabla VI: Estrategia de búsqueda en CINAHL

PUBMED:

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	("suicide"[MeSH Terms] OR "suicidal ideation"[MeSH Terms] OR "suicide, attempted"[MeSH Terms]) AND ("suicide"[Title/Abstract] OR "suicidal ideation"[Title/Abstract] OR "suicide attempt"[Title/Abstract]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[Title/Abstract]) AND ("early intervention, educational"[MeSH Terms] OR "early intervention"[Title/Abstract] OR "intervention"[Title/Abstract] OR "prevention"[Title/Abstract] OR "risk factors"[MeSH Terms] OR "nurs*"[Title/Abstract])
RESULTADOS	5075
FILTROS APLICADOS (año, tipo de publicación, idioma...)	<ul style="list-style-type: none"> - Año de publicación: 2016 a 2021 - Publicaciones: Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled, Trial Review, Systematic review - Inglés, castellano y portugués - Edad: 65 o más años, 80 o más años
RESULTADOS	73

Tabla VII: Estrategia de búsqueda en PubMed

CUIDEN:

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	("suicidio") AND ("ancianos")
RESULTADOS	27
FILTROS APLICADOS (año, tipo de publicación, idioma...)	<ul style="list-style-type: none"> - Año de publicación: 2016 a 2021
RESULTADOS	4

Tabla VIII: Estrategia de búsqueda en CUIDEN

PsychINFO:

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	("suicide" OR "suicidal behaviour" OR "suicidal ideation") AND ("aged") AND ("intervention" OR "suicide prevention" OR "nursing education")
RESULTADOS	3569
FILTROS APLICADOS (año, tipo de publicación, idioma...)	<ul style="list-style-type: none"> - Año de publicación: 2016 a 2021 - Publicaciones: Journal, Peer Reviewed Journal, Journal Article - Edad: 65 o más años, 85 o más años - Metodología: Systematic review, Literature review, Empirical study, Quantitative study, Meta-analysis, Qualitative study - Inglés, castellano y portugués

Tabla IX: Estrategia de búsqueda en PsychINFO

Por otra banda, se consultaron páginas web como: la OMS, Instituto Nacional y Gallego de Estadística o la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Además, fueron utilizados recursos de la Universidade da Coruña: Repositorio Institucional (RUC) o la herramienta de préstamo interbibliotecario para acceder a la mayor cantidad de artículos que no se encontraban disponibles para su acceso a texto completo.

Finalmente, para organizar toda la bibliografía utilizada y además citar las referencias, se trabajó con el gestor bibliográfico Refworks.

3.3. Métodos de revisión

3.3.1. Selección de los estudios

Como primer paso se dio comienzo por una búsqueda bibliográfica centrada exclusivamente en RS con el fin de encontrar una que fuese pertinente y se adaptase a las características de este trabajo, y, a la vez nos sirviera de base sobre la que iniciar la búsqueda de información.

Se accedió a Cochrane Library, por su alto nivel de evidencia. Sin embargo, no se encontró ninguna RS que diese respuesta a nuestra pregunta de investigación. Se continuó con la búsqueda y fue en PubMed dónde finalmente, se encontró una revisión sistemática, que incluía una metodología recomendada por Cochrane, cuya bibliografía abarcaba desde el inicio de las bases de datos electrónicas hasta el 1 de abril de 2016¹⁸.

Tras la búsqueda en las bases de datos anteriormente citadas, se obtienen 431 artículos. En primer lugar, se revisaron los resultados para eliminar posibles duplicados. A partir de aquí se inició un proceso de tres fases: primeramente, se realizó la lectura por título de los 417 restantes, con el fin de descartar aquellos títulos que no se ajustaran al tema de nuestro trabajo. Después se realiza la misma revisión con los resúmenes de los artículos para descartar aquellos con criterios de exclusión, consiguiendo, al final de esta etapa, 39 artículos “posiblemente válidos”. Finalmente, se sometió a una lectura crítica de texto completo a estos 39 artículos haciendo que resultasen relevantes para este trabajo un total de 13.

Este proceso de plasma en la **Figura 3**. Además, en el **Anexo I** se puede consultar la tabla de artículos que tras una lectura de texto completo fueron descartados para formar parte de este trabajo y la razón de exclusión.

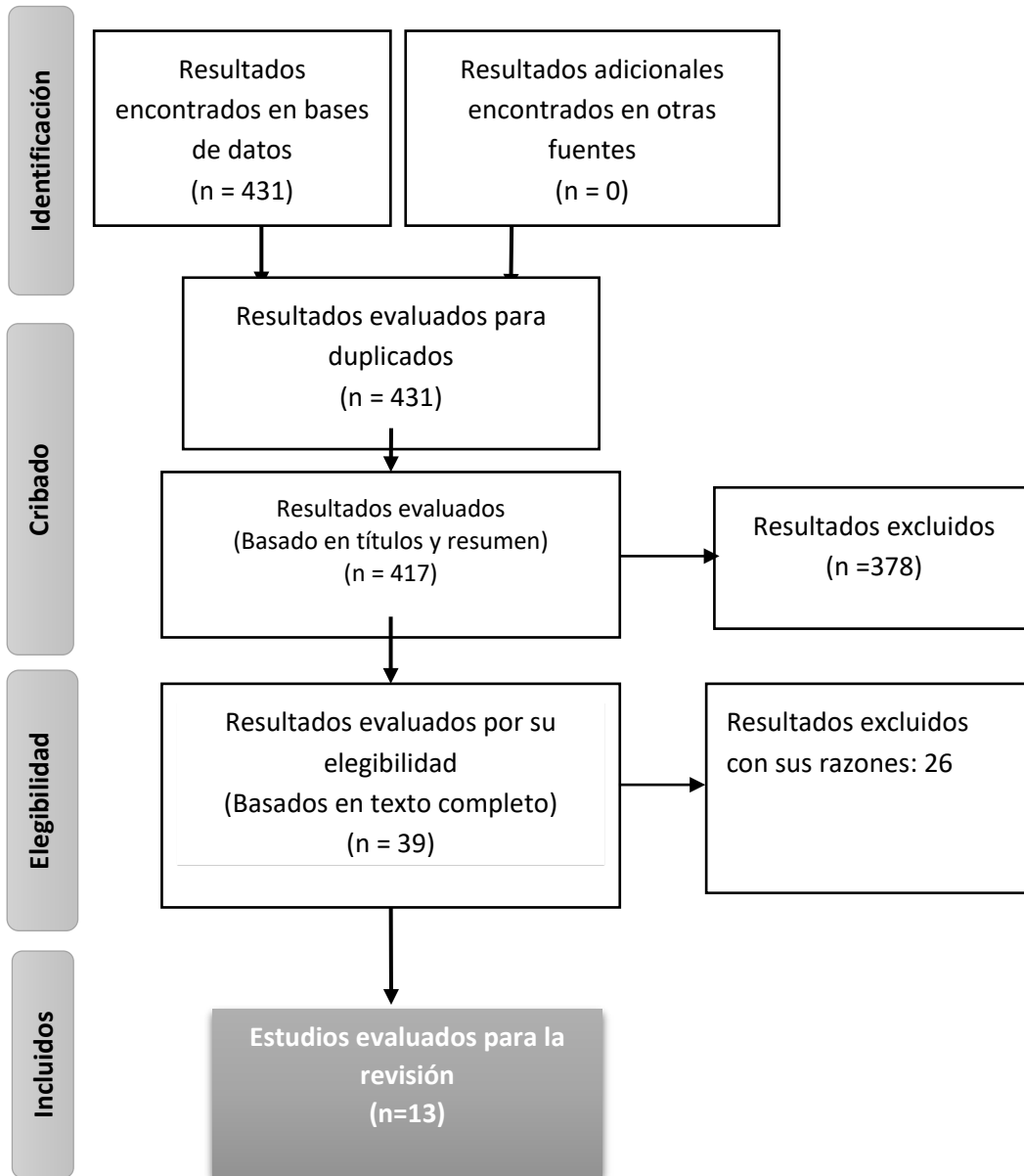


Figura 3: Informe de resultados de la búsqueda sistemática

3.3.2 Métodos de evaluación de calidad

Para la realización de este trabajo se ha accedido a una serie de artículos publicados en

diferentes revistas científicas. Cabe destacar que analizamos el factor de impacto de cada una de las revistas en las que encontramos publicados los artículos revisados. Con este objetivo, utilizamos la herramienta de medición de factor de impacto de *Journal Citation Reports* (JCR)¹³. Además, también utilizamos la herramienta de *Scimago Journal Rank* (SJR)¹⁴, para complementar la información obtenida por el JCR.

En la siguiente tabla (Tabla X), definimos el factor de impacto¹³ y el índice SJR¹⁴ de cada revista, así como el cuartil correspondiente.

REVISTA	CUARTIL JCR	FACTOR DE IMPACTO JCR	ÍNDICE SJR	CUARTIL SJR
Journal of Gerontological Nursing	Q4	1,254	0,391	Q2
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology	Q3	2,680	0,966	Q2
The American Journal of Geriatric Psychiatry	Q1	1,14	1,554	Q1
Revista brasileira de enfermagem	Q4	0,45	0,274	Q3
Asia-Pacific Psychiatry	Q3	0,47	0,654	Q2
Ciencia & Saude Coletiva	Q4	0,40	0,702	Q2
Nursing Open	Q2	1,01	0,550	Q2
The Journal of Nursing Research	Q2	0,90	0,537	Q2
Preventive Medicine	Q1	1,31	1,628	Q1
Current Opinion in Psychology	Q1	1,11	2,393	Q1
Journal of Affective Disorders	Q2	1,27	1,892	Q1
Journal of Gerontological Social Work	Q3	0,56	0,532	Q2
Clinics in Geriatric Medicine	Q2	0,88	0,955	Q2

Tabla X: Ranking de cuartiles y factor de impacto

De los estudios seleccionados, se evaluó la calidad metodológica de acuerdo a los principios de la *Declaración PRISMA*¹⁵ en el caso de RS y de la *Declaración STROBE*¹⁶ para artículos y estudios originales.

Además, los artículos se clasificaron según el nivel de evidencia trabajando con la escala *OCEBM*¹⁷ (**Anexo II, III, IV**).

3.4. Establecimiento de variables

Una vez seleccionados todos los artículos con los que se trabajó en esta revisión, se analizaron los resultados atendiendo a 8 variables: año de publicación, lugar de desarrollo, diseño, características de la muestra, ámbito, intervenciones, profesionales que llevan a cabo la intervención, grado de recomendación y nivel de evidencia.

4. Resultados

Finalmente 13 artículos fueron incluidos para formar parte de este trabajo por pasar los criterios de inclusión y además considerarse relevantes y adaptados a la pregunta PIO formulada en este trabajo.

La búsqueda inicial de RS nos acercó a una publicación¹⁸ del 2017 cuya bibliografía abarca hasta abril del 2016. Esta publicación compartía nuestro objetivo principal, que busca identificar, sintetizar y evaluar la efectividad de intervenciones para prevenir la conducta del suicidio en personas mayores descritas en la evidencia. Este fue el punto de partida de este trabajo.

En vista de los objetivos que se plantean en esta revisión, es necesario dividir los resultados en 4 apartados: factores de riesgo, intervenciones relativas a la prevención y detección, escalas y cuestionarios destinados al cribado precoz y NICs de enfermería.

4.1. Factores de riesgo

Dada la naturaleza multifactorial del suicidio, los factores de riesgo de la conducta suicida pueden abordarse a nivel individual, grupal o poblacional. De forma paralela, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un modelo ecológico que desarrolla los factores de riesgo en varias áreas: individual, relacional y comunitario, sociedad y sistema de salud²³.

En lo correspondiente a los factores de riesgo a nivel individual, el más importante y por ello de vital importancia en el trabajo de detección, es haber realizado previamente uno o más intentos de suicidio. Otro de los factores de riesgo más asociados a los intentos de suicidio en la edad avanzada fue la enfermedad psiquiátrica (trastornos afectivos); incluyéndose la depresión mayor como el factor de riesgo más fuerte en la vejez, seguido de los trastornos depresivos menores y la distimia. La depresión parece catalizar con gran facilidad los sentimientos de fragilidad propios de las personas mayores, exacerbando sentimientos de desesperación, pérdida de interés y soledad, y déficits cognitivos. Especialmente en esta etapa, los pensamientos recurrentes de muerte y suicidio pueden derivar de la creencia de que la vida ha perdido su sentido y ya no vale la pena vivirla²³.

Los trastornos mentales, en especial la depresión, tiene una alta comorbilidad con numerosas condiciones físicas, las cuales constituyen otro factor de riesgo importante; además de cobrar relevancia en edades muy avanzadas. Se trata de discapacidades físicas o deficiencias funcionales³⁰. El dolor, las enfermedades cancerosas malignas y las enfermedades crónicas también pueden elevar significativamente la frecuencia del comportamiento suicida. Las personas con más de dos condiciones de salud también mostraron una mayor probabilidad de reportar intentos de suicidio en el grupo de 65 años y más¹⁹.

En cuanto a los procesos cognitivos que pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la conducta suicida, el deterioro cognitivo puede implicar problemas que van a afectar a la capacidad de afrontamiento, a la de recibir apoyo social y a la funcional física²⁹.

Las afecciones físicas junto al deterioro cognitivo en la vejez, conduce a un deterioro general del estado de salud que puede inducir pensamientos negativos como la falta de esperanza y motivación, que son en sí mismos predictores de suicidio²³. La hospitalización puede suponer también un factor de riesgo; según numerosos estudios debido a la condición psicofísica que se presenta en esas circunstancias, la convierte en un factor de riesgo comparable con un intento de suicidio previo²⁴.

En lo concerniente a los factores de riesgo grupales o selectivos, la falta de interacciones sociales, el aislamiento y la soledad son factores importantes en este grupo de edad²³. El aislamiento ocurre cuando una persona se siente desconectada de su círculo social más cercano; en combinación con otros factores de riesgo, la soledad puede conducir a un mayor riesgo de comportamiento suicida, en particular en personas mayores que viven

solas. En relación con el contexto actual, las medidas de confinamiento asociadas a la pandemia de COVID-19 han ahondado en esta problemática en hogares unipersonales²⁴.

La pérdida de un cónyuge o una relación significativa es una pérdida altamente perturbadora que también puede aumentar el riesgo de suicidio²³. El mayor riesgo se produce durante los 6 meses siguientes a la pérdida: curiosamente el fallecimiento de un cónyuge se asoció con niveles más bajos de pertinencia en los hombres. El vínculo puede deberse a la diferente función psicosocial del matrimonio o inferior capacidad de los hombres para mantener lazos sociales en comparación con las mujeres¹⁹.

Otro elemento que afecta a las personas mayores se refiere a la transición de la vida laboral a la jubilación. A menudo tiene un efecto negativo en los primeros 2-3 años, sobre todo en hombres. Un estudio australiano de más de 250000 participantes, mostró que el intento de suicidio estaba significativamente asociado con la exclusión del trabajo debido a enfermedad, discapacidad o jubilación “forzada”²³. Las experiencias traumáticas anteriores pueden tener consecuencia en la vida posterior; las personas mayores a menudo dependen de otros en la busca de ayuda, este hecho los hace especialmente vulnerables. De acuerdo con la OMS, en el 2020 una de cada seis personas mayores experimentó algún tipo de abuso. Todas las formas de maltrato a personas mayores representan un factor de riesgo²⁴.

Aunque aún no se dispone de estudios acerca del impacto del COVID-19 en las tasas de mortalidad por suicidio en la vejez, es posible plantear la hipótesis de que pueden afectar significativamente a este fenómeno. El distanciamiento social, la cuarentena y la imposibilidad de acercarse a los seres queridos (incluso para dar el último adiós), exacerban los sentimientos de ansiedad y depresión que, junto con la presencia del síndrome de estrés postraumático, a menudo conduce a episodios de autolesión y suicidio²³. Además, la pandemia ha acrecentado el aislamiento social de los mayores al reducir las visitas y llamadas de familiares y amigos junto con la reducción del apoyo social e instrumental en actividades de la vida diaria²⁹. Las personas mayores que viven en contextos institucionalizados o socialmente “frágiles” están más expuestos a factores de riesgo suicidas²³.

En relación con los factores de riesgo universales o poblacionales, los bajos ingresos y la inseguridad financiera han demostrado un impacto significativo en el comportamiento suicida en personas mayores²³. La vivienda adecuadamente apoyada es una de las más importantes necesidades en la vida de las personas²⁴. No poseer una casa o un apartamento puede aumentar los sentimientos de dependencia e inseguridad²³. En

contraposición, la vivienda inapropiada o precaria o precipitar la reubicación, sentirse forzado a ingresar en una institución o la anticipación de tal evento también se trata de un factor precipitante²⁴. Otro factor lo constituye la dificultad de acceder a la atención de salud: la falta de ayuda activa, adecuada y continuada puede tener un efecto muy negativo²³. Las barreras de acceso se ven agravadas por el bajo nivel de alfabetización, problemas de movilidad y déficits sensoriales. Los sistemas de salud deben estar equipados para abordar esos problemas, así como garantizar la reducción de demoras en administrar tratamiento y que no existan dificultades para cubrir el costo de la atención, que puedan convertirse en otras barreras de acceso²⁴. El déficit de control cognitivo combinado con el acceso a métodos letales para el suicidio (armas de fuego, medicamentos, pesticidas) puede convertirse en una combinación perniciosa en la edad adulta. Una encuesta transversal de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), muestran que al menos el 39% de personas mayores tienen, al menos, un arma en casa y, dentro de este grupo, algunos reportan pensamientos y conductas suicidas y/o falta de seguridad en entrenamiento/almacenamiento de armas²⁷.

Otro factor relevante se relaciona con el tipo de comunicación que brindan los medios de comunicación sobre hechos que involucran casos de suicidio. A pesar de que no se ha estudiado específicamente el impacto, se sabe que el sensacionalismo y/o describir explícitamente el método de suicidio, la “normalización”, concepciones inapropiadas del mismo pueden fomentarlo especialmente en personas más vulnerables. Ejemplo de esta práctica fueron la cobertura proporcionada por los medios de comunicación durante la pandemia, donde se los exponía a sentirse una carga para la sociedad o sus familias, así como la conciencia de ser considerados menos dignos de atención o que esta podía ser negada^{23,24}.

4.2. Intervenciones relativas a la prevención y detección

Todos estos factores han subrayado la importancia de la prevención del suicidio, así como la identificación de individuos de alto riesgo que deben ser objetivo de intervención antes de que atenten contra su vida. El suicidio es un problema de salud pública prevenible que puede abordarse con intervenciones que mejoren la detección de pacientes con ideación suicida, promuevan la prevención, brinden capacitación en resiliencia y recluten esfuerzos comunitarios; tarea compleja al presentar su causa numerosas etiologías²⁰.

4.2.1. Intervenciones universales de prevención

Las intervenciones de prevención universal incluyen políticas de salud mental, sensibilización y educación: la combinación de estas intervenciones puede evitar que las personas desarrollen ideas suicidas²⁸. No obstante, los medios de comunicación también pueden ayudar proyectando material educativo al público para fomentar la búsqueda de ayuda por parte de las personas en riesgo²⁴. Por ejemplo, en el caso de la pandemia de COVID-19, los medios podrían brindar información práctica y consejos sobre cómo lidiar con la ansiedad y el estrés, además de ofrecer explicaciones consistentes sobre la necesidad de restricciones y medidas de distanciamiento social; consiguiendo así reducir el riesgo de angustia psicológica en general²³.

La mejora del acceso a la salud y el cribado universal, se han relacionado también con intervenciones selectivas, porque se puede realizar a población general, o como en nuestro caso, a la población mayor de una comunidad. Un estudio encontró que las intervenciones que incluían exámenes de detección universales y exhaustivos y atención general para todas las personas mayores en una región con alta tasa de suicidio, expresaron una tasa de suicidio más baja. Estas intervenciones utilizaron un instrumento de autoinforme para evaluar el riesgo de depresión entre las personas mayores; de esta forma, consiguieron identificar a aquellos que de otra forma no buscarían ayuda²⁸.

Otras intervenciones deben estar orientadas a reducir los prejuicios relacionados con la edad. Numerosos estudios han demostrado que el envejecimiento positivo implica vías de rehabilitación más rápidas de la discapacidad, una mayor esperanza de vida y una mayor inclusión social. Estas intervenciones tienen como objetivo crear conciencia sobre el envejecimiento, así como identificar estrategias efectivas para abordarlo y difundir una comprensión amplia del fenómeno, siendo implementadas estas actuaciones a nivel global y coordinadas por organismos públicos y privados²³.

La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) ha proporcionado estrategias de prevención del suicidio basadas en evidencia que se centran en la pandemia de COVID-19. Entre estas se incluyen: restringir el acceso a métodos letales aumentando la conciencia del público sobre el almacenamiento seguro de estos medios potencialmente letales; y, restringir la venta y educación de grupos de riesgo y público en general sobre los efectos nocivos del alcohol²⁷.

Las dificultades económicas también son un factor importante de ideación suicida durante esta pandemia. Los gobiernos y los bancos son los encargados de formular políticas que puedan ayudar a través de préstamos de emergencia, alojamiento provisional, alimentos y apoyo, ofreciéndose la asignación de recursos en base a las necesidades de las personas²⁷.

4.2.2. Intervenciones selectivas de prevención

Las intervenciones de prevención selectiva son especialmente adecuadas para las personas mayores, ya que están destinadas a llegar a los segmentos particulares de la población con mayor riesgo de suicidio. Por ejemplo, personas mayores que atraviesan transiciones vitales angustiosas como una mudanza, la pérdida de una pareja o el diagnóstico de una enfermedad dolorosa crónica. Los principales objetivos se centran en fomentar la autonomía de la persona, reduciendo el aislamiento y la falta de apoyo social mediante el uso de los servicios sociales y otros recursos disponibles, a la vez que se fomenta el apoyo de los miembros de la comunidad²³.

Los estudios han encontrado que la formación de guardianes a nivel comunitario puede resultar útil para identificar a las personas mayores en riesgo de suicidio²⁴. Esta figura comunitaria permite a los médicos reconocer y tratar la depresión, reduciendo de esta forma la tasa de suicidio. De la misma forma, estas intervenciones pueden ayudar a minimizar la desesperanza y el pesimismo, y detener la progresión hacia planes y actos suicidas²⁸. La comunicación de pensamientos suicidas tiende a ser menos común en hombres y personas mayores, que entre mujeres y personas más jóvenes. Las personas mayores tienden a minimizar sus problemas psicológicos y los relacionan con enfermedades físicas; por lo que familia y amigos, pueden ser los primeros en percibir que una persona mayor se encuentra en riesgo de suicidio. Los servicios sociales y los miembros de la comunidad pueden representar posibles guardianes. Los voluntarios también pueden incluir diferentes grupos profesionales como policías, bomberos, maestros o consejeros; consiguiendo que a través de su capacitación también puedan ayudar a los profesionales de la salud²⁴. El Programa de Prevención del Suicidio en Ancianos (ESPP) en Hong Kong atendió a personas de 65 años o más que intentaron suicidarse. El ESPP se implementó en siete áreas de Hong Kong utilizando un modelo de dos niveles en una muestra de 66 participantes en el grupo de cohorte histórica anterior a la intervención y 351 en el grupo de intervención. El primer nivel

involucraba a miembros de la comunidad que recibían atención de guardianes, los cuales derivaban a la persona que había intentado suicidarse a un servicio adecuado. El segundo nivel involucró servicios geropsiquiátricos para personas mayores que habían intentado suicidarse. La cohorte ESPP incluyó capacitación de guardianes para tratar la depresión después de un intento de suicidio, un componente de gestión de la atención y reuniones multidisciplinarias de planificación y revisión de la atención. La cohorte previa a la intervención del primer nivel se comparó con el ESPP en el segundo nivel: los resultados indicaron que la tasa de suicidios fue del 1,99% en la cohorte del nivel 2 (ESPP) frente al 7,58% en la cohorte de nivel 1³¹.

Las personas mayores necesitan alguien con quien hablar cuando se encuentran en una crisis suicida: la comunicación a través de una línea de ayuda de teleasistencia ha sido descrito como una estrategia de prevención²⁵. Un estudio ofreció apoyo telefónico regular y una respuesta de emergencia para personas en riesgo, lo que resultó en una tasa de suicidio más baja en mujeres²⁸. Comunicación de manera comprensiva, mostrar un entorno agradable donde compartir sentimientos y pensamientos parece ser crucial. Sin embargo, profesionales de salud mental han desaconsejado asesorar a grupos de discusión en línea y foros de chat que se enfocan en el suicidio. Por otro lado, las personas mayores pueden verse tan abrumadas con su propio dolor emocional que parecen conscientes de causar dolor a los demás. Este hecho nuevamente otorga importancia a los factores sociales y ambientales además de las actitudes propias²⁵.

Además, se deberían implementar programas que destaquen la importancia del envejecimiento saludable y se centren en los factores protectores relacionados con la integración social; como, por ejemplo, servicios diseñados para facilitar la transición de la vida laboral a la jubilación, con especial atención en aspectos emocionales, sociales y financieros. Otros factores protectores adicionales podrían ser la resolución de problemas y una buena percepción de autonomía y control, que podrían inspirar programas preventivos²³.

En relación con la pandemia del COVID-19, las personas con riesgo de suicidio: aquellas con antecedentes psiquiátricos, personas con angustia emocional significativa, sobrevivientes de COVID-19 y población mayor en general requerirán un alcance activo; y aquellos que ya tengan tratamiento pueden necesitar una mayor frecuencia de contacto, por lo que se requerirá telemedicina para ayudar con la accesibilidad. Los sobrevivientes del COVID-19 pueden correr riesgo de suicidio por el simple hecho de conocer el

diagnóstico, así como por el miedo y ansiedad relacionados. Además, se han documentado efectos neurobiológicos del virus hasta en el 25% de los pacientes, como son dolor de cabeza y accidente cerebrovascular, que a la vez se asocia con mayor riesgo de suicidio. Los esfuerzos de prevención para personas mayores incluyen la movilización de trabajadores comunitarios, voluntarios para brindar apoyo social básico, comestibles y comprar medicamentos, ya que se trata de una población aislada. Otras estrategias, utilizadas por algunas organizaciones para promover la conectividad, son las denominadas “Tarjetas de conexión”, que se dejan en las puertas de los hogares de algunos ancianos para brindar información de contacto para voluntarios dispuestos a hablar, escuchar y ayudar con las tareas diarias²⁷.

4.2.3. Intervenciones indicadas de prevención

Las medidas de intervención indicadas tienen como objetivo evitar el suicidio entre aquellos adultos mayores que han sobrevivido a un intento de suicidio o están en riesgo de morir por suicidio²³. Estas intervenciones incluyeron evaluación y manejo de los trastornos mentales asociados con conductas suicidas, apoyo comunitario y seguimiento psicosocial²⁸. En la planificación de los servicios de prevención, el Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda (RANZCP) recomienda el asesoramiento psiquiátrico calificado, medidas de atención personalizadas posteriores al intento, capacidad para reconocer las experiencias traumáticas del individuo, formación en prevención del suicidio por parte de los profesionales sanitarios y la posibilidad de que los pacientes accedan fácilmente a la atención durante toda la semana, las 24 horas del día. Son estos los motivos por lo que los planes de prevención para personas mayores utilizaron preferentemente enfoques asistenciales colaborativos, basados en involucrar a diferentes profesionales, para crear una red formal e informal de vínculos entre la persona mayor, los proveedores de atención primaria y los especialistas de salud mental²³.

Las personas con intentos anteriores suelen mostrar niveles más altos de tendencias suicidas, depresión y desesperanza, alto riesgo de ser diagnosticado con abuso de sustancias, personalidad límite, tener habilidades sociales más pobres y dificultades relacionales, además de funcionamiento global más pobre en el año anterior a su intento²⁷. En un estudio con un grupo de 306 adultos de 65 años o más fueron tratados con la intervención “Atención de la depresión para pacientes en el hogar”: las enfermeras siguieron

las pautas de gestión de la atención médica domiciliaria, incluida la evaluación de los síntomas depresivos, la coordinación de la atención con médicos/especialistas, manejo de efectos adversos/cumplimiento de los medicamentos antidepresivos, la educación del paciente y la familia y la asistencia con los objetivos funcionales/conductuales. Los resultados sugirieron que, entre los pacientes con ideación suicida, los participantes de este grupo de intervención informan que tenían menos ideación suicida durante el período de estudio; sólo el 31,3% del grupo de intervención continuó reportando deseo suicida³¹.

Las personas mayores presentan una mayor tendencia a acercarse a un profesional del equipo de Atención Primaria (AP) en busca de ayuda que a servicios de salud mental especializados. Las razones por las que se deben centrar los esfuerzos preventivos en este nivel de atención son: que este servicio es que a menudo es el punto de entrada al Sistema Sanitario, puede ofrecer continuidad en la atención, el personal posee un contacto estrecho y prolongado con la comunidad y es bien aceptado por la población local, lo que le permite obtener apoyo de familiares, amigos y organizaciones. Un estudio examinó el efecto mediador del apoyo social sobre la relación entre la depresión y la ideación suicida en personas mayores vulnerables hipertensas que vivían solas en Corea del Sur. La puntuación media de depresión de los participantes indicó que experimentó una depresión severa. Los hallazgos de este estudio indican que el apoyo social media en la relación entre depresión e ideación suicida; que las personas mayores que vivían solas no lograron enfrentar activamente la depresión ni identificar los medios apropiados para mejorar sus síntomas depresivos, y, de esta forma, consideraron el suicidio para evitar sus problemas. Además, los resultados respaldan que vivir con familiares brinda apoyo emocional a las personas mayores a través de contacto social²⁶.

La conexión social es crucial para disminuir el riesgo de suicidio. La participación comunitaria mejora la salud física, reduce el estrés y disminuye los síntomas depresivos. En Japón, una iniciativa integral de prevención del suicidio promueve la conexión con otros en la comunidad. Este programa incluye talleres educativos sobre salud, un compromiso entre los vecinos ancianos para que sean conscientes de su propio riesgo y el de los demás, y la detección y tratamiento de la depresión. Durante la década posterior a la implementación, se observó la reducción del riesgo relativo del 73% en la mortalidad por suicidio en hombres mayores, y paralelamente, del 76% en mujeres mayores²⁰. Las barreras a la conexión social son variadas, dinámicas e interrelacionadas, por lo que detectar el problema es la parte más esencial y desafiante. La respuesta más efectiva es aquella que se enfoca en las circunstancias específicas de un individuo y emplea

información directa y procesable para mejorar la salud social. El simple hecho de hablar sobre el aislamiento social como algo importante para la salud y que está bajo el control del paciente, tiene valor terapéutico en sí mismo. Aunque podemos hacer una recomendación simple sobre nuevas formas de conectarse con otros: la forma de relacionarse de los mayores ha venido determinada por raíces familiares, culturales y generacionales. Muchas de estas personas han vivido la mayor parte de sus vidas en comunidades que brindaron oportunidades naturales para la conexión social, por lo que la idea de ser intencional, la perciben como extraña²⁹. El “Plan de conexiones” desarrollado en ejemplos prácticos por Van Orden²⁹ destaca que en tiempos de distanciamiento social como los actuales, se deben fomentar muchos tipos de conexiones: con personas, animales, la naturaleza; y otorgando importancia a las conexiones con personas que no son familiares ni amigos cercanos (“lazos débiles o periféricos” como los denomina), ya que estas conexiones están fuertemente vinculadas con un estado de ánimo más positivo en personas mayores. Ejemplos de ello son: saludar a los vecinos, escribir cartas a personas en hogares de ancianos o inscribirse en un programa intergeneracional de amigos por correspondencia²⁹.

Otras intervenciones clínicas dirigidas a personas mayores en riesgo utilizan diversas formas de psicoterapia para reducir la ideación suicida y los síntomas depresivos²³. Por ejemplo, los modelos de atención colaborativa para la depresión en la vejez que incluyen psicoterapia como Terapia de Resolución de Problemas (TRP) son efectivos y pueden reducir los pensamientos suicidas, pero no se implementan ampliamente²⁹. Dos estudios utilizaron estrategias de asesoramiento para la prevención del suicidio en el colectivo de personas mayores. Gustavson et al. Incluyó una muestra de adultos mayores con depresión (N=221). Los participantes fueron asignados al azar a cualquiera de los grupos: a uno se le practicaría TRP durante 12 semanas; y a al otro grupo, durante el mismo periodo de tiempo Terapia de Apoyo. Los resultados indicaron que la cohorte de TRP tuvo una mayor mejora en la tasa de ideación suicida (60,4% frente a 44,6%). El segundo estudio de Heisel et al, proporcionó a una muestra de mayores de 60 años (N=17), 16 semanas de Psicoterapia Interpersonal adaptada a personas mayores en riesgo de suicidio. Los resultados después de la intervención mostraron una reducción significativa en la ideación suicida³¹.

Las intervenciones descritas anteriormente se encuentran en línea con las que redactó la OMS, en el informe “*Prevención del suicidio: un imperativo global*”, publicado en el 2014.

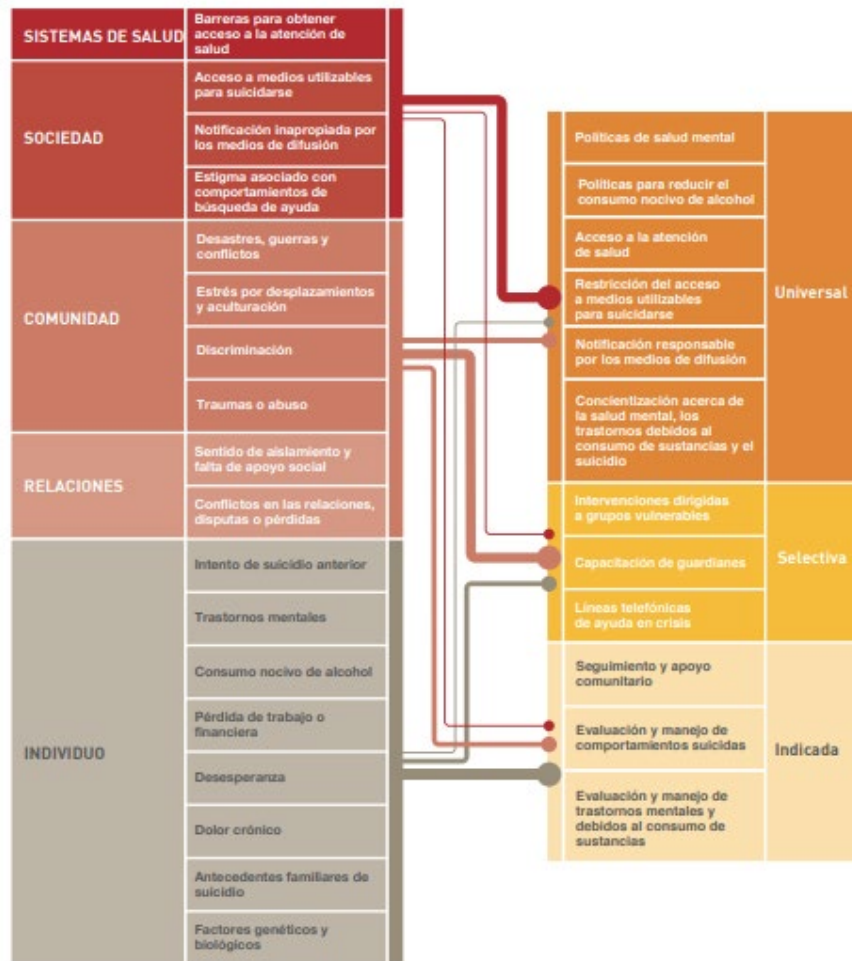


Figura 4: Factores de riesgo alineados con intervenciones pertinentes
Fuente: OMS

4.3. Escalas y cuestionarios destinados al cribado precoz

La enfermera de AP es una profesional importante para brindar atención integral al anciano, y, a través de su formación, identificar el sufrimiento psíquico y el riesgo de suicidio. El cuidado de enfermería al anciano con esta condición clínica favorece el cribado precoz, siendo fundamental para la toma de decisiones y la planificación e implementación de intervenciones de enfermería adecuadas para promover la salud mental, manejar el sufrimiento psíquico y prevenir el suicidio en la población mayor, proporcionando intervenciones que consideren la multidimensionalidad del envejecimiento²².

Entre los instrumentos destinados a la detección del sufrimiento psíquico se encuentra la

Escala de Estrés Psicológico de Kessler. Utilizada por organismos internacionales como la OMS, cuenta con una versión con seis (K6) y otra con 10 ítems (K10) sobre ansiedad y depresión que el individuo experimentó en el último período de cuatro semanas. Un estudio transversal con enfoque cuantitativo desarrollado en tres Unidades Básicas de Salud (UBS) en el interior de Brasil, verificó la validez y confiabilidad de la escala anteriormente citada. Esta escala consta de diez ítems sobre la ansiedad y los síntomas depresivos que experimentó una persona en las últimas cuatro semanas: cada ítem se puntúa en una escala de 5 puntos (5- Todo el tiempo; 4- La mayor parte del tiempo; 3- Parte del tiempo; 2- Poco tiempo; 1- Nunca). Para calcular la puntuación total, debe realizarse la suma de las respuestas.

También se utilizó el Cuestionario de Autoinforme (SRQ-20), recomendado por la OMS para cribado de enfermedad mental; posee 20 ítems cuyas respuestas son dicotómicas (sí/no), entre los que se encuentra uno relacionado con el pensamiento suicida. Se evaluó a partir de la pregunta “¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?”, siendo considerada la respuesta afirmativa en este ítem propia de la ideación suicida/riesgo de suicidio.

En cuanto al análisis de la puntuación del K10, el mejor punto de corte para el cribado del malestar mental fue una puntuación mayor a 14, con sensibilidad igual al 75,47% y especificidad igual al 85%. Por otra banda, en relación con los resultados de la enfermedad mental, la puntuación media en el SRQ-20 fue de 7,18; un porcentaje del 72% de los individuos tuvo una puntuación sugestiva de enfermedad mental. En cuanto al riesgo de suicidio, alrededor del 16% informó de que ya había pensado en quitarse la vida, al responder afirmativamente a la pregunta del SRQ-20²².

En cuanto a la validez y confiabilidad de la escala K10, se mostró válida y confiable para identificar malestar mental en población mayor. La escala y sus respectivos ítems presentaron alta consistencia interna. Se observó que el K10 mostró una correlación significativa con el SRQ-20, el cuestionario de oro para rastrear enfermedad mental, lo que indica validez concurrente²².

En otro estudio se evaluó la ideación suicida en una muestra de personas mayores que se recuperan de condiciones agudas en un centro clínico portugués. Los pacientes generalmente permanecen en la institución aproximadamente 30 días; después de este periodo, si su condición médica no permite el alta, son trasladados a un centro de atención continua. La muestra estuvo compuesta por 80 pacientes que fueron evaluados en el día

de ingreso. Se administraron varias medidas para el cribado suicida como fueron el ítem 9 del Beck Depression Inventory-II (BDI-II), el Inter Cuestionario de Necesidades Personales-15 (INQ-15), y los ítems de suicidio del Sistema de Diagnóstico Basado en Síntomas para Atención Primaria (SDDS-PC). Durante la entrevista también realizaron cuestiones acerca de variables demográficas, familiares y contextuales²¹.

El BDI-II es un cuestionario clínico de 21 ítems que mide la gravedad de los síntomas depresivos en las últimas dos semanas. El ítem 9, llevado a la práctica en este estudio, se relaciona con la ideación suicida y se responde con una escala que va de 0 a 3 (dónde 0= ausencia de síntomas y 3=síntomas graves). En este estudio se preguntó si habían tenido ideación suicida en la semana anterior al ingreso. En el SDDS-PC los ítems de suicidio tomados incluyeron “pensamientos de muerte”, “deseo de estar muerto” y “sentimientos suicidas”, con respuesta dicotómica (sí/no), se les pidió que lo respondieran en relación con la semana anterior al ingreso. Este instrumento de cribado también es muy utilizado en AP. El INQ-15 se administró para evaluar las necesidades interpersonales: se trata de 15 ítems que evalúan la carga percibida y la pertinencia frustrada, y se responde con una escala de calificación de 7 puntos (respuestas que van desde “nada cierto para mí” hasta “muy cierto para mí”)²¹.

El resultado del ítem 9 del BDI-I y el de la puntuación obtenida al sumar los valores de los tres ítems del SDDS-PC se correlacionaron con la presencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida y resultados en el INQ-15. En el análisis descriptivo, el 37,5% respondieron afirmativamente al ítem “pensamientos de muerte”, mismo porcentaje de pacientes que reportó el suicidio de al menos un familiar. En el análisis bivariado el impacto del suicidio de al menos un familiar se correlacionó significativamente con el ítem “pensamientos de muerte”, pero no con “deseo de estar muerto” o “tener pensamientos suicidas”. También, se expuso que la correlación significativa de los intentos de suicidio, la soledad y la pertinencia frustrada con el ítem 9 del BDI-II y la puntuación compuesta del SDDS-PC. Estos resultados de correlaciones demuestran las correlaciones entre las necesidades interpersonales y el riesgo de suicidio, siendo significativas incluso cuando se controlan los intentos de suicidio de por vida²¹.

De los 80 pacientes iniciales, 73 fueron reevaluados 30 días después. Los resultados mostraron que la frecuencia de participantes que dieron respuesta afirmativa a los ítems “pensamientos de muerte”, “deseo de estar muerto” y “sentimiento suicida”, fue significativamente menor que 30 días antes. Los resultados anteriores indicaron que existen

altas tasas de ideación suicida en personas mayores que se recuperan de condiciones agudas y que existen métodos breves y fiables para su detección y evaluación²¹.

4.4. NICs de enfermería

Para finalizar, siguiendo con las pautas propuestas en los objetivos específicos de este trabajo, a continuación se mostrarán qué intervenciones se recogen en la literatura como eficaces para la detección y la prevención del suicidio en las personas mayores, están descritas en la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*³²(**Tabla XI**):

(4360)	Modificación de la conducta	(5300)	Facilitar la expresión de sentimientos de culpa
(6160)	Intervención en caso de crisis	(5230)	Mejorar el afrontamiento
(6340)	Prevención del suicidio	(4354)	Manejo de la conducta: autolesión
(6630)	Aislamiento	(4362)	Modificación de la conducta: habilidades sociales
(6610)	Identificación de riesgos	(4420)	Acuerdo con el paciente
(6484)	Manejo ambiental: comunidad	(5100)	Potenciación de la socialización
(6404)	Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	(5350)	Disminución del estrés por traslado
(4920)	Escucha activa	(5270)	Apoyo emocional
(5440)	Aumentar los sistemas de apoyo	(5330)	Control del estado de ánimo
(5430)	Grupo de apoyo	(5400)	Potenciación de la autoestima
(5326)	Potenciación de las aptitudes de la vida diaria	(5380)	Potenciación de la seguridad
(5328)	Visitas domiciliarias de apoyo	(5820)	Disminución de la ansiedad
(6520)	Análisis de la situación familiar	(7040)	Apoyo al cuidador principal
(2395)	Control de la medicación	(7710)	Colaboración con el médico
(7110)	Fomentar la implicación familiar	(7140)	Apoyo a la familia
(7320)	Gestión de casos	(8700)	Desarrollo de un programa
(8190)	Seguimiento telefónico	(8500)	Fomentar la salud de la comunidad

Tabla XI: NICs de enfermería

4.5. Tablas de síntesis

La información analizada de los artículos con los que se ha contado en esta revisión, se describe en la **tabla XII** y la **tabla XIII**.

Tabla de revisiones:

Referencia, año y lugar de realización	DISEÑO	MUESTRA	ÁMBITO	INTERVENCIÓN	PROFESIONAL	G.R¹⁷	N.E.¹⁷
(19) Italia, 2019	RS	Selección de 39 estudios de base poblacional donde se analizan los 28 factores de riesgo de conducta suicida más prevalentes	Social y sanitario	Identificar las variables más frecuentemente asociadas a los intentos de suicidio y los suicidios consumados en personas mayores de 65 años o más	Diferentes profesionales del equipo de salud	B	2A
(24) Suíza, 2021	RN	-	Comunitario y Hospitalario	Describir factores de riesgo y de protección y ajustes en las estrategias de prevención del suicidio	Diferentes profesionales del equipo de salud	D	5
(25) Noruega, 2020	RN	Selección de 14 estudios; seis cuantitativos, dos cualitativos y seis con enfoque teórico, que	Social y sanitario	Cuestionario o entrevista, análisis de datos, autoinformes	Diferentes profesionales del equipo de salud	B	2C

		describieran estrategias de prevención del suicidio					
(27) EEUU, 2021	RN	Publicaciones científicas que abordan la ideación suicida en la pandemia del COVID-19.	Comunitario y hospitalario	Desarrollo de diferentes instrumentos y estrategias que se han creado a raíz de la pandemia en la prevención del suicidio	Psiquiatras	D	5
(30) Bélgica, 2017	RS y MA	Selección de 18 estudios que hablan de la asociación de actividad física e ideación suicida	Comunitario	Cualquier intervención de actividad física que utilice el movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y requiera gasto de energía	Diferentes profesionales del equipo de salud	A	1B
(31) EEUU, 2020	RS	Selección de 8 artículos que describen intervenciones para reducir el suicidio en personas mayores	Atención Primaria y Comunitaria	Monitorización de síntomas depresivos, evaluación y coordinación de casos, manejo de medicamentos, cuestionarios, encuestas, sesiones y entrevistas	Trabajadores sociales, enfermeras y psicólogos	B	2B

Tabla XII: Tabla de síntesis de revisiones // **N.E.:** Nivel de Evidencia; **G.R.:** Grado de Recomendación

Tabla de artículos originales:

Referencia, año y lugar de realización	DISEÑO	MUESTRA	ÁMBITO	INTERVENCIÓN	PROFESIONAL	G.R.¹⁷	N.E.¹⁷
(20) EEUU, 2018	Estudio ecológico	Personas de 60 años o más	Comunitario	Describe la actuación frente al suicidio desde diferentes puntos clave y ofrece un enfoque multidisciplinario basado en la comunidad	Multidisciplinar	D	5
(19) Portugal, 2015	Estudio mixto	80 pacientes de 65 años o más que ingresaron en la Clínica de Recuperación de la Cruz Roja Portuguesa	Hospitalario con vínculos formales a la comunidad	Detectar y evaluar la tendencia suicida, con los ítems de suicidio del SDDS-PC, la Escala de Suicidio de Beck o el Cuestionario de Comportamientos Suicidas Revisado	Psicólogos clínicos	A	1C
(22) Brasil, 2018	Estudio descriptivo transversal cuantitativo	80 personas mayores de 60 años o más que acuden a su Unidad Básica de Salud (UBS)	Atención Primaria	Conocer a través de entrevistas la validez de la Escala de Estrés Psicológico como cribado de malestar mental	Diferentes profesionales sanitarios	A	1C

(28) China, 2019	Opinión de expertos	Publicaciones científicas que abordan las intervenciones y estrategias de prevención	Hospitalario y Comunitario	Desarrollar un marco para la prevención del suicidio	Diferentes profesionales sanitarios	D	5
(23) Italia, 2021	Opinión de expertos	Publicaciones científicas que abordan factores de riesgo y protección individuales, relacionales y sociales específicos de la conducta suicida en la vejez	Hospitalario y Comunitario	Examinar características del comportamiento suicida, incluidas las derivadas de la propagación del coronavirus SARS-COV-2 y las posibles estrategias de prevención.	Psiquiatras	D	5
(26) Corea del Sur, 2019	Estudio mixto de corte transversal	162 personas mayores vulnerables con hipertensión que viven solos	Atención Primaria	Cuestionario estructurado de Escala de depresión geriátrica, Escala multidimensional de apoyo social y Escala de ideación suicida	Diferentes profesionales sanitarios	A	1B

(29) EEUU, 2020	Opinión de expertos	Publicaciones científicas que aborden intervenciones conductuales que promuevan las conexiones sociales	Social y comunitario	Modelo conceptual para médicos y pacientes para desarrollar un “Plan de conexiones” para hacer frente al aislamiento social derivado de la pandemia	Psiquiatras	D	5
----------------------------	------------------------	---	-------------------------	---	-------------	----------	----------

Tabla XIII: Tabla de síntesis de artículos originales // **N.E.:** Nivel de Evidencia; **G.R.:** Grado de Recomendación

5. Discusión

Del total de 13 documentos con los que se contó para esta revisión, 1 fue un metaanálisis, 2 revisiones sistemáticas, 3 revisiones narrativas y 7 artículos originales, dónde se encuentran 4 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y tres basados en opiniones de expertos.

La inclusión de guías de práctica clínica (GPC) se trataría de una opción que nos habría aportado evidencia científica acerca de las pautas más recomendadas en la práctica clínica. Sin embargo, la búsqueda bibliográfica no nos ha ofrecido ninguna con suficiente calidad metodológica y que respondiera a nuestra pregunta de investigación, por lo que se decidió la inclusión de varios artículos de opinión de expertos que ofrecen un punto de vista influenciado también por su propia práctica clínica.

En relación con los factores de riesgo de la conducta suicida, su conocimiento y manejo permite a los profesionales de la salud tener en cuenta los motivos que llevan a las personas mayores a la ideación suicida y crear estrategias de identificación y prevención que aborden y evalúen las principales motivaciones que llevan a este comportamiento. El intento de suicidio previo²³ y el diagnóstico de depresión mayor²⁴ son los principales factores de riesgo y que pueden aparecer en una presentación conjunta¹⁹. La depresión no reconocida es común en la vejez y el análisis de Beghi¹⁹ reconoce que subestimó la asociación de la depresión y el suicidio por lo que es fundamental mejorar su detección y tratamiento adecuado.

Añadir que, es fundamental que a través del contacto social que ofrece nuestra profesión, conozcamos la esfera social de las personas mayores, sus eventos vitales estresantes (enfermedades o conflictos de familiares y amigos), las pérdidas personales importantes y su naturaleza, sus circunstancias económicas, su desempeño en el funcionamiento de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)¹⁹.

La escasez de datos cuantitativos sobre la función cognitiva de quienes se habían suicidado, dado que la mayoría de la muestra de los estudios eran pacientes psiquiátricos hospitalizados o tenían una comorbilidad médica grave, convierte el papel del deterioro cognitivo en un aspecto controvertido²⁹. Por lo que no está claro si la función cognitiva reducida podría estar relacionada con el intento en sí, según el estudio de Beghi¹⁹. En lo que sí coinciden ambos autores es en que reconocer y afrontar un diagnóstico de demencia

es un factor estresante grave y que tenían un mayor riesgo de muerte por suicidio dentro de 1 año después del diagnóstico^{19,29}.

La RS de Beghi¹⁹ sugiere un marco centrado en las “Cinco D” del suicidio en la vejez recogido ya por Conwell en el 2011. Las “Cinco D” recogen los factores de riesgo más prevalentes de la conducta suicida: Depresión, deterioro funcional (Discapacidad), enfermedad física y dolor (Enfermedad), aislamiento social (Desconexión) y acceso a medios letales (Death).

La evidencia sugiere que el riesgo de actos suicidas podría reducirse a través de un enfoque multinivel, vinculando el uso de estrategias universales, selectivas e indicadas que puedan abordar cada etapa del proceso suicida y considerar las poblaciones objetivo. Por lo tanto, es importante garantizar que las personas con mayor riesgo de suicidio participen en intervenciones universales o selectivas para que puedan ser identificadas y apoyadas adecuadamente²⁸.

Las estrategias de prevención del suicidio dirigidas al grupo de personas mayores en general promueven la salud mental, reconociendo y tratando la depresión y otras enfermedades psiquiátricas²⁴. Además de en esa línea, las políticas de salud mental deben ir dirigidas a la población general a través del conocimiento de las diferentes enfermedades de este ámbito y los recursos con los que se cuenta para hacerles frente. En la era tecnológica en la que vivimos, los medios de comunicación podrían ser un buen canal para su difusión^{23,25}. Sin esta naturalización de las enfermedades mentales, no se conseguirá eliminar el estigma que existe hacia las mismas²⁹.

Los profesionales de la salud debemos ofrecer un enfoque colaborativo en el contexto de un equipo multidisciplinario, para conseguir la mejor aplicabilidad de estas intervenciones. Los profesionales de la Salud Mental, deben aprovechar sus conocimientos para dirigir las acciones preventivas mientras los de Atención Primaria han de utilizar su rol como profesionales de referencia para la población mayor^{23,28}.

La comunidad siempre ha tenido un papel hegemónico en el cuidado de las personas mayores²⁶, pero tras esta pandemia del COVID-19 su necesidad ha apremiado²⁷. El contacto social a través de cualquier tipo de conexión con nuestros mayores es esencial para evitar su aislamiento y por tanto fomentar su autonomía personal^{23,29,31}.

Hasta 6 de los 13 documentos incluidos, enfatizan en la importancia de la formación de guardianes que sirvan de apoyo social a la población mayor y como fuente de información a los profesionales de la salud de hallazgos en la detección de ideación suicida^{20,23,24,25,28,31}.

Por otra banda, existe una amplia variedad de herramientas de cribado disponibles para su uso entre profesionales de la salud tanto a nivel comunitario, sociocomunitario y hospitalario. Ejemplo de ello son la reconocida escala de Estrés Psicológico de Kessler (K10), el Cuestionario de Autoinforme (SRQ-20) que presentaron alto grado de sensibilidad y especificidad en los estudios que en las que fueron llevadas a la práctica^{21,22}: son ejemplos de métodos breves y fiables para la detección y evaluación de la tendencia suicida.

El principal inconveniente que presentan las escalas y cuestionarios que se mencionan, es la necesidad de personal formado, que, como evidencia en el estudio de Campos²¹, dentro del ámbito sociocomunitario los responsables de los cuidados no suelen estar formados, lo que se convierte en una barrera para la detección de casos. Además, las enfermeras debemos ser capaces de adaptar la evaluación de los ítems de cada herramienta en base a las características socioculturales de la población objeto del cribado. Este autor también da importancia a que las enfermeras y demás profesionales de la salud escuchen el sufrimiento psicológico de los pacientes y que los ayuden a desarrollar un sentido de sí mismos a través de las relaciones interpersonales²¹.

Otra observación importante fue que la mayoría de estudios procedían de EEUU y países asiáticos, como Corea del Sur y China. Si bien las tasas de suicidio en Corea del Sur se encuentran entre las más altas, más del 78% de los suicidios mundiales ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Estos datos muestran que existe una discrepancia entre dónde se realiza la mayor parte de la investigación y dónde se producen las tasas de mortalidad suicida más altas³⁰.

Por último, otro aspecto relevante es la escasez de estudios dónde se manejen herramientas de cribado como las anteriores en población mayor. Probablemente, sea a consecuencia de factores como los anteriores lo que impida una mayor difusión de estos métodos. Sin embargo, debemos tener claro que la mejor forma de evaluar y poder adaptar estos cuestionarios y escalas, para que cuenten con una buena calidad y efectividad, es su traslado a la práctica asistencial²⁵.

5.1. Limitaciones y fortalezas de esta Revisión Sistemática

A pesar de trabajar siguiendo unas pautas de rigor metodológico, podría decirse que este trabajo presenta una serie de **sesgos**, entre los cuales se encuentran:

- Sesgo de publicación: muchos trabajos científicos, con resultados negativos no son publicados o citados por otras publicaciones.
- Sesgo de selección: para intentar eliminarlo se ha trabajado definiendo con claridad los criterios de inclusión y exclusión de los estudios. Por otra banda, el idioma supone otro factor limitante, ya que solo se han incluido en esta revisión publicaciones en castellano, inglés y portugués. Desconocemos si existen publicaciones en otros idiomas que trabajen el tema en cuestión, aunque entendemos que los más relevantes a nivel internacional suelen publicarse en inglés.
- Sesgo de información: las conclusiones a las que se ha llegado en este trabajo dependen en gran medida de la calidad de los estudios originales incluidos, la variabilidad entre estudios o los errores en la fase de análisis. Para minimizar esta distorsión se han usado instrumentos validados de lectura crítica y clasificaciones internacionales de evidencia probada.

En relación a las **fortalezas** del trabajo, caben destacar: ofrece información muy relevante en el trabajo de los profesionales de la salud en base a una temática con escaso conocimiento y sensibilización, se ha llevado a cabo bajo un marco de rigor metodológico, con un enfoque multidisciplinar desde los equipos de atención a la salud y abarca estrategias de detección y prevención en la misma dirección que las expuestas por la OMS⁴.

5.2. Implicaciones para la práctica

Este trabajo de revisión justifica la necesidad de inclusión de la enfermería en la detección y prevención de la conducta suicida en los mayores. Se puede comprobar tras la lectura de la evidencia seleccionada, que no se hace referencia en la mayoría de estudios al papel enfermero. Sin embargo, se evidencia que el trabajo frente a la conducta suicida precisa de la participación de todo el personal que ofrece cuidados o mantiene contacto con las personas mayores.

Tras la lectura y conocimiento de los factores de riesgo e intervenciones aportadas en esta revisión, los profesionales de enfermería deberíamos enseñar a los cuidadores y personas que ofrecen apoyo formal a nuestros mayores, el papel que han de desempeñar en la

actividad preventiva. Además, aprovechando nuestro contacto profesional a través del ámbito hospitalario y comunitario realizar entrevistas individuales en las que detectar y prevenir el riesgo.

6. Conclusiones

La enfermería ha sido desde sus comienzos y continúa siendo la responsable de los cuidados a las personas mayores en todos los ámbitos de atención de la salud. Nuestra posición dentro del sistema sanitario nos permite un contacto estrecho con este sector de la población, el cuál debemos aprovechar al máximo para llevar a cabo las actividades de detección y prevención.

No podemos permitirnos ni como disciplina ni como individuos que conforman una sociedad, que el suicidio continúe a ser la primera causa de muerte externa en España. Como refleja la evidencia, el suicidio consumado es la manifestación última de una serie de acontecimientos en los que la persona intenta buscar ayuda y poner en evidencia lo que le está ocurriendo, mientras gran parte de la población somos espectadores hasta el acto final de la vida de la persona.

En el caso de las personas mayores, el primer paso para conectar con las personas en riesgo es abordar la discriminación por edad, fenómeno denominado edadismo. Es esta práctica, la cuál todos en algún momento hemos llevado a cabo, la que hace comprender a las personas mayores, el envejecimiento como un concepto negativo y una etapa en la que se siente una “carga” para la sociedad o ser menos merecedores de cuidados frente a otros sectores de la población. La propia OMS, en una campaña para combatir este tipo de discriminación, la equiparó con el sexismo y el racismo, y habló de la misma como “socialmente aceptada, fuertemente institucionalizada, que no se detecta ni se cuestiona”.

Cualquier persona mayor puede ser sensible a deseos suicidas, aunque en un principio no se relacione ningún Factor de Riesgo (FR) a su persona. Tenemos que aprovechar los contactos que nos ofrece la práctica clínica para tratar la temática suicida y ofrecer nuestro tiempo y recursos en tratar sus inquietudes y fomentar el desarrollo de actitudes positivas acerca del envejecimiento.

Teniendo en cuenta la situación actual, es importante que las enfermeras lideremos líneas de investigación que permitan descubrir posturas de cuidados que contemplen, como uno de sus objetivos principales, favorecer una vivencia plena de la vejez.

Intervenciones para la prevención y detección del suicidio en personas mayores: Revisión Sistemática

7. Bibliografía

1. Martínez y Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente [Internet]. México: El Manual Moderno; 2017 [Acceso 3 mayo 2022].
2. Quintanar F. Comportamiento suicida [Internet]. México: Editorial Pax Mexico; 2007 [Acceso 5 mayo 2022]
3. Blanco C. El suicidio en España. Rev. Cienc. Soc. [Internet]. 2020 [Acceso 5 mayo 2022]; 33(46): 76-106.
4. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization [Internet], 2014 [Acceso 4 mayo 2022]
5. Instituto Nacional de Estadística (Spanish Statistical Office) [Internet] [Acceso 5 mayo 2022] Disponible en: <https://www.ine.es/>
6. Instituto Galego de Estadística [Internet] [Acceso 5 mayo 2022] Disponible en: <https://www.ige.gal/web/index.jsp?idioma=gl>
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [acceso 5 de mayo de 2022]. Centro de prensa: Suicidio Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
8. Leandro-França C, Giardini Murta S. Prevenção e Promoção da Saú de Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. Psicologia: ciencia e profissão [Internet]. 2014 Marzo [Acceso 4 mayo 2022]; 34(2): p. 318-29.
9. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t);[Acceso 2 mayo 2022] 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
10. Gobierno de Navarra. Protocolo de prevención y actuación ante conductas suicidas [Internet]. Navarra; 2014 [Acceso 2 mayo 2022]. Disponible: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Publicaciones/OtrasPublicaciones/protocolosui cidio.htm
11. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica psiquiátrica. 6.a ed. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias, SL[Acceso 5 mayo 2022]; 2011
12. Fundación española para la prevención del suicidio [Internet]. Observatorio del Suicidio en España 2018. Madrid: FSME; [Acceso 5 may 2022]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>.
13. JCR- Journal Citation Reports (Factor de Impacto) [Internet] [Acceso 20 marzo 2022] Disponible en: <https://jcr.clarivate.com/jcr/home?Init=Yes&SrcApp=IC2LS>
14. Scimago Journal & Country Rank [Internet] [Acceso 20 marzo 2022] Disponible en: <https://www-scimagojr-com.accedys.udc.es/journalrank.php>
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med.[Internet][Acceso 22 marzo 2022] 2009;6(7):1-6.
16. Vandembroucke Jan P., Von Elm Erik, Altman Douglas G., Gøtzsche Peter C., Mulrow Cynthia D., Pocock Stuart J. et al . Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. Gac Sanit [Internet]. 2009 Abr [Internet] [Acceso 22 marzo 2022]

17. Mella Sousa M, Zamora Navas P, Mella Laborde M, Ballester Alfaro JJ, Uceda Carrascosa P. Niveles de Evidencia Científica y Grados de Recomendación. Rev S And Traum Ort.2012;29(1/2):59-72 [Internet] [Acceso 25 marzo 2022]
18. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. Int Psychogeriatr 2017 Nov;29(11):1801-1824 [Internet] [Acceso 10 febrero 2022]
19. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. Neurosci Biobehav Rev 2021 Aug;127:193-211.
20. Brooks SE, Burruss SK, Mukherjee K. Suicide in the Elderly: A Multidisciplinary Approach to Prevention. Clin Geriatr Med 2019 Feb;35(1):133-145.
21. Campos RC, Santos S, Piteira M, Abreu M, Tavares S. Suicide Ideation in Older Adults Recovering from Acute Conditions in a Clinical Recovery Facility. J Gerontol Nurs 2017 SEP;43(9):31-37.
22. de Albuquerque Lins, Gabriella Oliveira, da Silva Lima, Nathalia Angel, de Sousa GS, Guimaraes FJ, Frazao IdS, Albuquerque Perrelli JG. Validity and reliability of Kessler Psychological Distress Scale for Brazilian elderly: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm 2021;74.
23. De Leo D, Giannotti AV. Suicide in late life: A viewpoint. Prev Med 2021 Nov;152(Pt 1):106735.
24. de Mendonça Lima, C. A., De Leo D, Ivbijaro G, Svab I. Suicide prevention in older adults. Asia Pac Psychiatry 2021 Sep;13(3):e12473.
25. Holm AL, Salemonsén E, Severinsson E. Suicide prevention strategies for older persons-An integrative review of empirical and theoretical papers. Nurs Open 2021 Sep;8(5):2175-2193.
26. Nam EJ, Lee J. Mediating Effects of Social Support on Depression and Suicidal Ideation in Older Korean Adults With Hypertension Who Live Alone. JOURNAL OF NURSING RESEARCH 2019 JUN;27(3).
27. Rothman S, Sher L. Suicide prevention in the covid-19 era. Prev Med 2021 NOV;152.
28. Sakashita T, Oyama H. Developing a Hypothetical Model for Suicide Progression in Older Adults With Universal, Selective, and Indicated Prevention Strategies. Front Psychiatry 2019 Mar 26;10:161.
29. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During “Social Distancing” Restrictions. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2021;29(8):816-827.
30. Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Rosenbaum S, Schuch FB, Mugisha J, et al. Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2018 Jan 1;225:438-448.
31. Wallace M, Miller VJ, Fields NL, Xu L, Mercado-Sierra MA. Empirically Evaluated Suicide Prevention Program Approaches for Older Adults: A Review of the Literature from 2009-2021. J Gerontol Soc Work 2021;64(5):480-498.
32. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ªed.Madrid:Elsevier,2013.

8. Anexos

Anexo I: *Tabla de artículos descartados tras lectura de texto completo*

REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
<p>1. Adamou, Marios; Antoniou, Grigoris; Grea sidou, Elissavet; Lagani, Vincenzo; Charo nyktakis, Paulos; Tsamardinou, Ioannis; Doyle, Michael Toward Automatic Risk Assessment to Support Suicide Prevention Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2019 Jul</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. La muestra son pacientes que acudían a un especialista en salud mental.</p>
<p>2. Ahmedani, Brian K.; Peterson, Edward L.; Hu, Yong; Rossom, Rebecca C.; Frances, Lu, Christine Y.; Waitzfelder, Beth E.; Owen-Smith, Ashli; Hubley, Samuel; Prabhakar, Deepak; Williams, L. K.; Zeld, Nicole; Mutter, Elizabeth; Beck, Arne; Tolsma, Dennis; Simon, Gregory E. Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide American Journal of Preventive Medicine</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. La edad media de la población de la muestra no se ajusta a nuestro criterio de inclusión.</p>
<p>3. Appleby, Louis; Richards, Nicola; Ibrahim, Saied; Turnbull, Pauline; Rodway, Cathryn; Kapur, Nav Suicide in England in the COVID-19 pandemic: Early observational data from real time surveillance LANCET REGIONAL HEALTH-EUROPE 2021</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.</p>
<p>4. Arendt, F.; Scherr, S.; Niederkrotenthaler, T.; Krallmann, S.; Till, B. Effects of Awareness Material on Suicide-Related Knowledge and the Intention to Provide Adequate Help to Suicidal Individuals Crisis 2018 Jan 391 47 54</p>	<p>No cumple criterios de inclusión: la edad media de los participantes, que se inscribieron a través de redes sociales, era de 27 años.</p>
<p>5. Arensman, Ella; Scott, Vanda; De Leo, Diego; Pirkis, Jane Suicide and suicide prevention from a global perspective Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2020 41 Suppl 1 S3 S7</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. Ofrece una visión global del suicidio y de las estrategias de población.</p>

<p>6. Asthana,N. K.;Mehaffey,E.; Sewell,D. D. COVID-19 Associated Suicidal Ideation in Older Adults: Two Case Reports With a Review of the Literature The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry Am.J.Geriatr.Psychiatry 2021 Nov29 11 1101 1116</p>	<p>Se trata de un artículo que han se ha de someter a una edición y revisión adicional, previa a su publicación definitiva.</p>
<p>7. Berrouiguet,Sofian;Larsen,Mark Erik; Mesmeur, Catherine; Gravey, Michel; Billot, Romain; Walter, ;Lemey, Christophe; ,Philippe; Network, HUGOPSY Toward mHealth Brief Contact Interventions in Suicide Prevention: Case Series From the Suicide Intervention Assisted by Messages (SIAM) Randomized Controlled Trial JMIR MHEALTH AND UHEALTH 2018JANJAN61</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. Las intervenciones por mensaje que describe están orientadas a pacientes tras el alta hospitalaria después de un intento de suicidio.</p>
<p>8. Boffa,J. W.;King,S. L.;Turecki,G.; Schmidt,N. B.Investigating the role of hopelessness in the relationship between PTSD symptom change and suicidality Journal of Affective Disorders2018Jan 1 225 298 301</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. No analiza de forma pormenorizada los efectos de la intervención respecto al rango de edad de los participantes.</p>
<p>9. Cheng,Xinfeng;Bu,He;Duan,Wenjie;He, Along;Zhang,Yaping Measuring character strengths as possible protective factors against suicidal ideation in older Chinese adults: a cross-sectional study BMC PUBLIC HEALTH BMC Public Health 2020APR 3 201 PI: LONDON</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. No expone resultados de la aplicación de intervenciones.</p>
<p>10. Choo,C. C.;Harris,K. M.;Chew,P. K. H.;Ho,R. C. Clinical assessment of suicide risk and suicide attempters' self-reported suicide intent: A cross sectional study PloS one 2019 5 Jul 5 14 7 e0217613</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. Abarca un rango de edad que no coincide con los criterios de inclusión.</p>
<p>11. Choo,C. C.;Kuek,J. H. L.;Burton,A. A. D. Smartphone Applications for Mindfulness Interventions with Suicidality in Asian Older Adults: A Literature Review International journal of environmental research and</p>	<p>En los estudios que revisa en el trabajo, la edad media de los participantes se encuentra fuera del rango de los criterios de inclusión.</p>

public health Int. J. Environ. Res. Public Health. 2018 Dec 10	
12. Cohen,Alex; Dias,Amit; Azariah,Fredric; Krishna,Revathi N.; Sequeira,Miriam; Abraham,Sherin;Cuijpers,Pim;Morse, Jennifer Q.; Reynolds,Charles F., I.,II; Patel,Vikram Aging and well-being in Goa, India: a qualitative study AGING & MENTAL HEALTH 2018 22 2 168174 PI: ABINGDON	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. El estudio cualitativo versa sobre el desarrollo de intervenciones para la prevención de la depresión.
13. Conejero,I.; Olié,E.;Courtet,P.; Calati,R. Suicide in older adults: current perspectives Clinical interventions in aging Clin. Interv. Aging 2018 Apr 20	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.
14. Crnek-Georgeson, K. T.; Wilson,L. A.; Page, A. Factors influencing suicide in older rural males: a review of Australian studies Rural and remote health Rural Remote Health. Oct-Dec 2017	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.
15. Ghose B, Wang R, Tang S, Yaya S. 2019. Engagement in physical activity, suicidal thoughts and suicide attempts among older people in five developing countries. PeerJ 7:e7108	La muestra se establece con personas mayores de 50 años.
16. Grigoroglou,C.;van der Feltz-Cornelis,C.; Hodkinson,A.; Coventry,P. A.et all Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis General hospital psychiatry Gen.Hosp.Psychiatry 2021 Jul-Aug 71 27 35	Solo estudia los efectos de la atención colaborativa en la ideación suicida en pacientes con depresión.
17. Keefner,T. P.; Stenvig,T. Rethinking Suicide Risk With a New Generation of Suicide Theories Research and theory for nursing practice Res.Theory Nurs.Pract. 2020 Nov 1 34 4 389 408	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.
18. Lee,Shin-Young;Atteraya,Madhu Sudhan Depression, Poverty, and Abuse Experience in Suicide Ideation Among Older Koreans International journal of aging & human developmentInt.J.Aging Hum.Dev. 2019 JAN 88 1 46 59 PI: THOUSAND OAKS	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.
19. Melrose, Sherri Late life depression: nursing actions that can help	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.

<p>Perspectives in psychiatric care 2019 JUL 55 3 453 458 PI: HOBOKEN</p>	
<p>20. Na, Peter J.; Kim, Kim B.; Lee-Tauler, Su; Han, Hae-Ra; Kim, Miyong T.; Lee, Hochang B. Predictors of suicidal ideation in Korean American older adults: analysis of the Memory and Aging Study of Koreans (MASK) International journal of geriatric psychiatry Int.J.Geriatr.Psychiatry 2017 DEC 32 12 1272 1279</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. No propone intervenciones en base a los resultados obtenidos.</p>
<p>21. Niu, Lu; Jia, Cunxian; Ma, Zhenyu; Wang, Guojun; Sun, Bin; Zhang, Dexing; Zhou, Liang Loneliness, hopelessness and suicide in later life: a case-control psychological autopsy study in rural China EPIDEMIOLOGY AND PSYCHIATRIC SCIENCES 2020 CAMBRIDGE</p>	<p>Realiza el estudio con dos grupos: un caso y un control. El grupo de caso, contempla personas que se han suicidado, por lo que trabaja con informantes que narran experiencias o sentimientos desde una tercera persona.</p>
<p>22. Petersen, Inge; Evans-Lacko, Sara; Semrau, Maya; Barry, Margaret M.; Chisholm, Dan; Gronholm et al Promotion, prevention and protection: Interventions at the population- and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries International Journal of Mental Health Systems 2016 Dec 2016 10</p>	<p>La población de la muestra no cumple con los criterios de inclusión.</p>
<p>23. Pompili, Maurizio; O'Connor, Rory C.; van Heeringen, Kees Suicide prevention in the European region Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 202041 Suppl 1 S8 S20</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.</p>
<p>24. Sanchez- Teruel, David; Robles-Bello, María Auxiliadora; García-León, Ana; Muela-Martínez, José Antonio Psychometric properties and diagnostic capacity of the scale of resilience to suicide attempts-18 Psychology & Health 2021 Oct 6, 2021</p>	<p>No especifica los resultados de la aplicación de la escala en personas mayores de 60 años.</p>
<p>25. Santos, J.; Martins, S.; Azevedo, L. F.; Fernandes, L. Pain as a risk factor for suicidal behavior in older adults: A systematic review Archives of Gerontology and Geriatrics 2020Mar-Apr 87 104000</p>	<p>No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo.</p>

Anexo II: Formulario de evaluación PRISMA¹⁵

Título: identificar la publicación como RS, MA o ambas	SI
Resumen estructurado	SI
Introducción	
<ul style="list-style-type: none"> Justificación: describir lo que se conoce del tema y comentar la necesidad de la RS haciendo referencia a la importancia del problema 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Objetivos: Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con el acrónimo PICO 	SI
Métodos	
<ul style="list-style-type: none"> Protocolo y registro 	NO
<ul style="list-style-type: none"> Criterios de elegibilidad 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Fuentes de información 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda: Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Selección de los artículos 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Proceso de extracción de datos 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Lista de datos 	NO
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de riesgo de sesgos 	NO
<ul style="list-style-type: none"> Medidas de resumen 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Síntesis de resultados 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de sesgos entre los estudios 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Otros análisis 	NO
Resultados	
<ul style="list-style-type: none"> Selección de estudios 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Características de los estudios 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de sesgo en los estudios 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Resultados de los estudios individuales 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Síntesis de todos los resultados 	NO
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de sesgo entre los sujetos 	NO
<ul style="list-style-type: none"> Análisis adicionales 	NO
Discusión	
<ul style="list-style-type: none"> Resumen de la evidencia 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Limitaciones 	SI
<ul style="list-style-type: none"> Conclusiones: interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias 	SI
Otra información	
<ul style="list-style-type: none"> Financiación: Describe las fuentes de financiación de la RS y otro tipo de apoyos así como el papel de los financiadores en la RS 	SI

Anexo III: Puntuación evaluación STROBE¹⁶

REFERENCIA	Puntuación Strobe ¹⁶
(19) Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM,	21
(20) Brooks SE, Burruss SK, Mukherjee K.	16
(22) de Albuquerque Lins, Gabriella Oliveira, da Silva Lima, Nathalia Angel, de Sousa GS	21
(23) De Leo D, Giannotti AV	18
(26) Nam EJ, Lee J.	21
(28) Sakashita T, Oyama H.	19
(29) Van Orden KA, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA,	16
Puntuación máxima 22	

Anexo IV: Niveles de evidencia de los estudios mediante escala Oxford¹⁷

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC controlados con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de nivel 1
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales con un seguimiento mayor de 80% de la cohorte y validados en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudio de cohortes prospectiva con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia; e incluyendo análisis de la sensibilidad
	1c	Eficiencia demostrada por la práctica clínica. Considera cuando algunos pacientes mueren antes de ser evaluados	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes. Series de casos todos o ninguno	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos todos o ninguno	Análisis absoluto en términos de mayor valor o peor valor
	2a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un EC, con homogeneidad	RS de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad	RS (con homogeneidad) de estudios 2b y mejores	RS (con homogeneidad) de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudio de cohortes individual con seguimiento inferior a 80% (incluye EC de baja calidad)	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un EC, o GPC no validados	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba)	Estudios de cohortes retrospectivos o de seguimiento insuficiente	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia; e incluyendo un análisis de
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, estimaciones de datos de mala calidad, pero incluyendo análisis de la sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles

C	4	Serie de casos, estudios de cohortes, y de casos y controles de baja calidad	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente	Series de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica o basado en teoría económica o en "principios fundamentales"

GPC: Guía de práctica clínica. Estudios con homogeneidad: se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.