



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Suicidio en mayores de 65 años.
Determinantes sociales en España y Aragón.

Suicide in over 65 years.
Social determinants in Spain and Aragon.

Autora:

Teresa Larriba Llamas

Director:

José Manuel Granada López

Facultad Ciencias de la Salud
Curso 2019-2020

AGRADECIMIENTOS

“Mi agradecimiento a Javi, el amor de mi vida, por quererme y animarme, especialmente en los momentos más difíciles. A mis padres y hermanos que me han apoyado y alentado y gracias a mi tutor por su confianza y dedicación.”

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	Pág.4
ABSTRACT.....	Pág.5
2. INTRODUCCIÓN.....	Pág.6
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	Pág.13
3. OBJETIVOS.....	Pág.14
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	Pág.14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Pág.14
4. METODOLOGÍA.....	Pág.15
4.1. DIAGRAMA DE GANTT.....	Pág.15
4.2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	Pág.16
4.3. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	Pág.16
4.4. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	Pág.17
4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	Pág.17
4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	Pág.17
4.4.3. ANÁLISIS DE DATOS.....	Pág.17
4.5. SÍNTESIS DE LA BÚSQUEDA.....	Pág.19
5. RESULTADOS.....	Pág.20
6. DISCUSIÓN.....	Pág.28
6.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	Pág.31
6.2. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES.....	Pág.31
7. CONCLUSIÓN.....	Pág.31
8. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág.32
9. ANEXOS.....	Pág.36
9.1. ANEXO 1.....	Pág. 36
9.2. ANEXO 2.....	Pág.37
9.3. ANEXO 3.....	Pág.39
9.4. ANEXO 4.....	Pág.41
9.5. ANEXO 5.....	Pág.43
9.6. ANEXO 6.....	Pág.45
9.7. ANEXO 7.....	Pág.46

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. En mayo del 2013, la OMS adoptó el primer plan de acción para la prevención del suicidio. En España, y en concreto en la Comunidad Autónoma de Aragón, existe un aumento de la población envejecida, puesto que el suicidio aumenta con la edad, es necesario conocer las posibles causas y determinantes sociales relacionados con el suicidio para establecer estrategias de prevención eficaces y útiles para vencer el suicidio, pues es una causa de muerte externa prevenible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática y actualizada de la bibliografía, que incluye un examen profundo y crítico de la literatura relacionada con el suicidio en las personas mayores de 65 años. Se utilizaron diferentes bases de datos (Pubmed, SciELO, Science Direct), buscadores académicos, libros y páginas web oficiales sobre el suicidio, publicados en los últimos 6 años, en inglés y español.

RESULTADOS

Se han seleccionado 8 estudios originales que analizaban factores relacionados con el suicidio en España e incluían población mayor de 65 años, y se han estudiado las características de la población aragonesa y española en relación a sus factores de riesgo y el suicidio.

CONCLUSIÓN

Se observa que el aumento de la edad y el sexo masculino son factores de riesgo del suicidio para la población española y aragonesa mayor de 65 años. Además de otros factores como la soledad, el bajo nivel económico, las enfermedades físicas y mentales como la depresión y la zona de residencia.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, mayores de 65 años, ancianos, factores de riesgo, factores protectores, prevención, tendencia, España y Aragón.

ABSTRACT

INTRODUCTION

In the last 45 years suicide rates have increased by 60% globally. In May 2013, WHO adopted the first action plan for suicide prevention. In Spain, and specifically in the Autonomous Community of Aragon, there is an increase in the aging population, since suicide increases with age, it is necessary to know the possible causes and social determinants related to suicide in order to establish effective prevention strategies and useful to defeat suicide, as it is a preventable cause of external death.

MATERIAL AND METHODS

A systematic and updated review of the literature was carried out, which includes an in-depth and critical examination of the literature related to suicide in people over 65 years of age. Different databases (Pubmed, Scielo, Science Direct), academic search engines, books and official web pages on suicide, published in the last 6 years, in English and Spanish were used.

RESULTS

Eight original studies were selected that analyzed factors related to suicide in Spain and included a population over 65 years of age, and the characteristics of the Aragonese and Spanish population in relation to their risk factors and suicide have been studied.

CONCLUSION

It is observed that increasing age and male sex are risk factors for suicide for the Spanish and Aragonese population over 65 years of age. In addition to other factors such as loneliness, low economic status, physical and mental illnesses such as depression and the area of residence.

KEYWORDS

Suicide, over 65s, the elderly, risk factors, protective factors, prevention, trend, Spain and Aragon.

2. INTRODUCCIÓN

La palabra suicidio procede del latín 'suicidium', formado de 'sui' (de sí mismo) y de 'cidium' (acto de matar, del verbo 'caedere' que significa matar). (1)

El término suicidio se atribuye al abate Prévost en 1734 y se incluyó al Diccionario de la Real Academia Española en 1817 y significa: 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 voluntaria. (2)

Es éste un fenómeno presente a lo largo de la historia de la humanidad. Ha sido estudiado por Platón, Sócrates, Aristóteles, Séneca y San Agustín entre otros, además de ser observado en diferentes épocas, culturas, religiones, economías... (3,4) Muchos parecen haber sido los significados filosóficos y antropológicos que ha adquirido el acto de quitarse uno mismo la vida: desde algo aberrante, contra natura, hasta la máxima expresión de la libertad humana, pasando por un acto heroico patriótico y una forma honorable de morir cuando la desgracia, la derrota o el deshonor amenazan con una muerte indigna. (5)

Émile Durkheim, sociólogo francés en 1897, realizó un estudio en el que se denominó al suicidio como un fenómeno social y lo definió como "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 integrantes. (4,5)

En 1976 Beck, psiquiatra y profesor estadounidense, propuso que "las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad". Estas manifestaciones se pueden presentar solas o llegar a solaparse entre ellas. Por tanto, es importante que ponga especial interés en identificarlas, ya que su aparición eleva el riesgo de suicidio consumado. (6)

Así pues, el suicidio supone la muerte, ejecutada por uno mismo, por acción u omisión que la produce, de forma directa o indirecta, con conocimiento de la persona protagonista sobre el efecto de muerte del acto u omisión. Todo este significado genera problemas a la hora de identificar una muerte como un suicidio. (5)

Por tanto, existen términos que no se deben confundir entre ellos como son: acto suicida (todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil), suicidio (acto suicida con desenlace mortal) e intento de suicidio (el mismo acto, cuando no causa la muerte). (5)

Siendo el suicidio una causa de muerte prevenible, la detección y evaluación del riesgo suicida es una tarea clínica relevante. De tal evaluación se pueden desprender medidas apropiadas para la preservación del paciente y la resolución eficaz del riesgo. Se ha encontrado en diferentes estudios, que una proporción importante de víctimas consultó a profesionales de la salud en el período anterior al suicidio presentando indicadores de riesgo tales como intentos previos, enfermedad psiquiátrica (especialmente grave y no tratada) y estrés vital severo. (6)

La conducta suicida ha sido tradicionalmente abordada por la medicina forense, utilizando para su estudio el proceso denominado autopsia psicológica, que es el método científico que permite acceder a una gran cantidad de datos para su investigación y es fundamental en el estudio de los factores de riesgo. El contenido de la autopsia psicológica debe incluir la historia del fallecimiento, notas de suicidio, conducta previa al suicidio, consumo de alcohol y drogas, antecedentes psiquiátricos y psicológicos, historia médica, estado anímico y mental antes de la muerte, el estilo de vida, estresores psicosociales, las relaciones interpersonales y la personalidad, historia laboral y familiar, existencia de suicidios en la familia, estudios de laboratorio e informes toxicológicos. (7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de presentar una enfermedad o lesión. (8) Los factores de riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en 2 grupos: inmodificables y modificables. Siendo también de importancia los factores protectores que incluyen actitudes y valores en contra del suicidio, habilidades sociales, manejo de la ira, capacidad de resolución de problemas, búsqueda de la salud mental y somática, creencias religiosas, entre otras. (7)

Los factores de riesgos inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y aunque puedan sufrir cambios (edad, estado civil, situación laboral) éstos permanecen: (7)

- Heredabilidad: Los factores genéticos en la conducta suicida parecen estar determinados, por un lado, por la trasmisión a nivel familiar de patologías mentales y, por otro, por una dotación genética relacionada con la impulsividad, agresividad y otros rasgos de personalidad.

- Sexo: Las tasas de suicidio son mayores en hombres, aunque existen algunos países asiáticos donde la proporción de suicidio es mayor en mujeres. Los hombres utilizan métodos más letales como ahorcamiento y uso de armas, mientras que las mujeres emplean métodos menos letales siendo el más frecuente la intoxicación.
- Edad: La tasa de suicidio aumenta con la edad, así como el cociente suicidio/intento de suicidio va aumentando progresivamente. A pesar de esto, los jóvenes son considerados un grupo de alto riesgo.
- Conducta suicida previa: Es importante señalar que el antecedente de intentos de suicidio previos es el mejor factor predictor de suicidio en la población general.

Otros factores de riesgo suicida inmodificables son: eventos traumáticos en la infancia, antecedentes familiares de conducta suicida, acontecimientos vitales estresantes, desempleo, problemas económicos, ausencia de pareja estable, divorcio o viudez reciente, aislamiento social, falta de creencias religiosas, accesibilidad a armas o medios letales. (7)

Los factores de riesgo modificables son aquellos relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden modificarse mediante intervenciones clínicas como los trastornos psiquiátricos: (7)

- Trastornos psiquiátricos: Es uno de los principales factores de riesgo del suicidio. El diagnóstico más comúnmente asociado al suicidio es la depresión, seguido por los trastornos por uso de alcohol, trastornos de personalidad, trastorno bipolar y esquizofrenia.
- Salud física: Es un factores de riesgo suicida que se asocia a pacientes con enfermedades terminales, crónicas o incapacitantes, dolor crónico, cáncer, VIH.
- Dimensiones psicológicas: Se han encontrado mayores niveles de impulsividad y agresividad en las personas que se suicidan lo que le ha otorgado especial relevancia, tomándolos como uno de los principales factores de riesgo.

La detección de pensamientos o ideas suicidas, sean cuales sean, deben tomarse en cualquier caso en serio. La evaluación de estas ideas, a diferencia de otras problemáticas, requiere en muchos casos simultanearse con la intervención debido a la posibilidad que el paciente pueda llevar sus ideas suicidas a cabo. Durante la exploración inicial, los profesionales de la salud han de aclarar y confrontar las ideas que existen sobre el suicidio con el paciente (y si precisa con la familia), ya que existen múltiples ideas instaladas en la sociedad que se han demostrado absolutamente falsas y dificultan la prevención de la ideación suicida, alguno de estos prejuicios se pueden ver reflejados en la en la siguiente tabla (Tabla 1). (9)

Tabla 1: Mitos, realidades y consecuencias.

MITO	REALIDAD	CONSECUENCIA
Quien expresa el deseo de suicidarse no lo hace.	9/10 personas que se suicidan, verbalizan sus propósitos con antelación.	Estas señales las consideran un chantaje de la persona y no se les da importancia.
Hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo puede incitarle a hacerlo.	Hablar sobre la presencia de pensamientos suicidas reduce el riesgo de cometer el acto suicida.	Se evita preguntar por el suicidio.
El que se suicida tiene un problema mental.	El suicidio es un fenómeno multicausal, por lo que no sólo se suicidan personas con enfermedades mentales.	La persona se puede sentir juzgado por el entorno.
El suicida desea morir.	Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se producen cambios.	Justifica la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman.

Fuente: Elaboración propia. (9)

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo del individuo y realizar una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual. (9)

Al examinar los factores de riesgo para un individuo, se ha de tener en cuenta que cuanto mayor número concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación o conducta suicida. No obstante, que no estén presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio. (9)

Los instrumentos de evaluación tienen por objetivo determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse en un comportamiento dañino. (9)

Los principales instrumentos de evaluación son:

- La entrevista: supone la fuente de información principal y más rica por su adaptabilidad al usuario. Es importante que las preguntas dirigidas a la persona entrevistada exploren

la presencia de problemas psicológicos o psiquiátricos, posibles intentos suicidas previos y, especialmente, ideación suicida. Estas preguntas han de ser concisas y no se debe dar por terminada la entrevista hasta que tales cuestiones estén suficientemente aclaradas. (9)

- Cuestionarios y escalas estandarizadas: La evaluación mediante instrumentos estandarizados complementan la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes rápidamente. (9)

Algunos instrumentos útiles relacionados con suicidio son:

- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck). (ANEXO 1)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck). (ANEXO 2)
- The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery y Åsberg). (ANEXO 3)
- Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) (Beck, Kovacs y Weissman). (ANEXO 4)
- Escala ideación suicida de Beck (SSI) (Beck). (ANEXO 5)
- La Escala de Riesgo Suicida (Plutchik). (ANEXO 6)
- SAD Person Scale (Patterson). (ANEXO 7)

Si bien es cierto, que uno de los factores de riesgo del suicidio es el aumento de la edad, que la población mundial de mayores de 65 años ha aumentado en los últimos tiempos y que esta tendencia continúa presente, investigar esta franja de edad se convierte en una necesidad. La literatura ha descrito características de la conducta suicida en el anciano, que las diferencian de las conductas suicidas en otros grupos de edades: menos intentos suicidas que los grupos más jóvenes, utilización de métodos más letales (ahorcamiento, precipitación, disparo con arma de fuego, ingestión de tóxicos, intoxicación con monóxido de carbono), menos señales de aviso, mayor planeación que impulsividad en los actos y, finalmente, conductas de suicidio pasivo (como conductas clinofílicas, no ingerir alimentos, no adherirse al régimen farmacológico, no tener contacto con su familia). Estas particularidades son las que causan diferencias entre las cifras de los intentos suicidas y los suicidios consumados en la población general, frente a las presentadas en el adulto mayor: en la población general se estima aproximadamente de 20:1; en la población de adultos jóvenes, de 200:1, y en el grupo etario mayor de 4:1. (10)

Se prevé que entre 2015 y 2050 aumentará la proporción de población mundial con más de 60 años de 900 millones a 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22% y supone que en el 2050 se cuadruplicará el número de ancianos que necesiten ayuda para realizar sus actividades cotidianas. (8)

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial y representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. En los países con rentas per cápita altas se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los países de ingresos bajos y medianos la razón *hombre: mujer* es, mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo, aunque en algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes. Además, hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse. (8)

En mayo del 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se proponía reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en los países. (8)

En Hong Kong el manejo de pacientes mayores de alto riesgo, con antecedentes de conducta suicida reciente, ha sido un foco de evaluación. Realizaron el Programa de Prevención del Suicidio para Personas Mayores (ESPP) del Hospital Castle Peak que informó sobre 1230 personas mayores con alto riesgo de suicidio conducidas durante un período de 8 años. Hubo solo ocho suicidios (0,65%) y todos ocurrieron dentro de las primeras 6 semanas de tratamiento en el programa. Un segundo ESPP regional con un modelo de gestión de la atención multifacética de dos niveles de intentos de suicidio en mayores comparó los resultados de dos años de intentos de suicidio e intento de suicidio con la fase de observación previa a la intervención del estudio. Encontró que el ESPP se asoció con una reducción en la tasa de suicidios en los intentos de suicidio, aunque no redujo la tasa de reintentos. Las estrategias de prevención universal que se concentran en el envejecimiento positivo, el envejecimiento, las conexiones sociales y la prevención de la depresión al final de la vida podrían disminuir el riesgo de suicidio, pero aún no se han probado. Como tal, la prevención del suicidio no sería el foco principal de la estrategia, sino que sería uno de los posibles resultados. Todavía existe la percepción de que es "normal" que las personas mayores estén deprimidas y que "no se puede hacer nada al respecto". (11)

Las personas de 65 años o más en Estados Unidos (EEUU), comprenden aproximadamente el 13% de la población y representan más del 18% de todos los suicidios. (12)

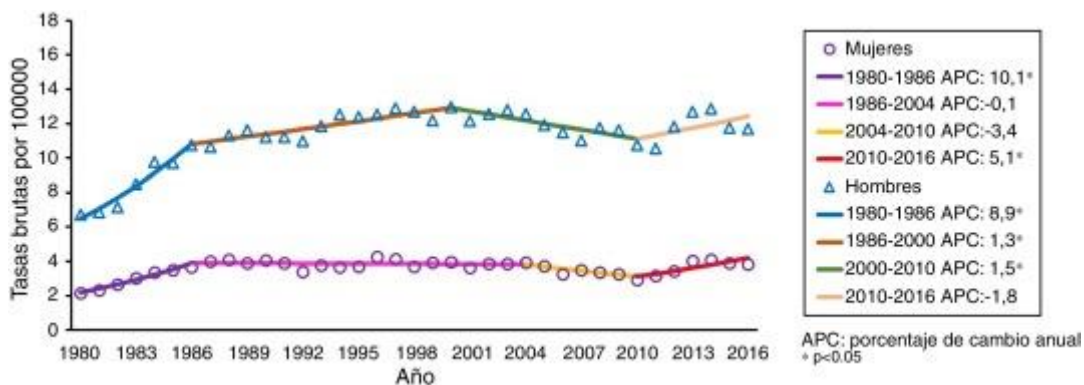
SUICIDIO EN MAYORES DE 65 AÑOS. DETERMINANTES SOCIALES EN ESPAÑA Y ARAGÓN.

Una de las causas de suicidio en la tercera edad es la depresión no tratada, y aproximadamente, un tercio de las personas mayores de 65 años o más experimentan depresión. (12)

Algunas personas creen erróneamente que la depresión es una parte normal de ser anciano, lo cual es completamente falso. La depresión no es normal en personas de ninguna edad. A veces, existe un desequilibrio en el cerebro que podría tratarse con fármacos, pero la depresión en los mayores de 65 años suele ser multifactorial, por tanto, los fármacos son una ayuda en muchos casos, pero no la solución. (12)

En el siguiente gráfico se muestra la tendencia de los datos de mortalidad por suicidio en rangos de edad y sexo, obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España durante los años 1980 a 2016: (13)

Gráfico 1: Datos de mortalidad por suicidio, edad y sexo, años 1980-2016 en España.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (13)

En el gráfico se muestra la evolución de las tasas brutas de mortalidad por suicidio según sexo y los resultados del análisis de regresión *joinpoint*. Las tasas han pasado de 6,7 suicidios por 100.000 en 1980 a 11,7 en 2016 en los hombres. En las mujeres se observa un incremento similar al de los hombres, pasando las tasas de 2,2 en 1980 a 3,8 en 2016. El análisis *joinpoint* muestra 3 puntos de inflexión en las tasas tanto en los hombres (1986, 2000 y 2010) como en las mujeres (1986, 2004 y 2010). (13)

En el año 2018 en España, el Instituto Nacional de Estadística (INE), registró 3.539 fallecimientos por suicidio, 3 de cada 4 son de hombres, ello supone una media de 10 suicidios diarios y 1 suicidio cada dos horas y media. El suicidio supone la primera causa de muerte externa, siendo casi el doble que por accidente de tráfico (fallecieron 1.896 personas), trece veces más que por homicidio (275) y hasta 69 veces más que por violencia de género (51). En

2018 en Aragón, se registraron 120 muertes por suicidio y de ellas un 30% perteneciente a personas mayores de 65 años, siendo el suicidio una muerte prevenible, se observa la necesidad de actuación, ya que cada muerte por suicidio repercute en toda la población de su alrededor. (14,15)

Sabiendo que desgraciadamente la prevención y control del suicidio no son tarea fácil, la OMS lanzó el programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION – PREVENCIÓN DEL SUICIDIO); una iniciativa mundial para la prevención del suicidio ya que es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades. (8)

La fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación de los suicidios requiere importantes mejoras. Y es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación. (8)

En España existen organizaciones como la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (hasta 2019 ‘Fundación Salud Mental España’), una institución privada sin ánimo de lucro e independiente que se creó con el propósito de prevenir la conducta suicida (ideación, intentos y muertes por suicidio). Sus actividades contemplan, entre otras, la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida, la sensibilización social hacia ella, su divulgación a través de estudios y publicaciones, la formación de los profesionales o la elaboración de planes y programas de prevención. (14)

2.1. JUSTIFICACIÓN

El abordaje del suicidio supone un reto mundial especialmente en la población de mayores de 65 años ya que engloban un amplio porcentaje de población. (8)

Es importante mantener actualizados los datos acerca del suicidio y analizar la magnitud del problema y determinar qué factores influyen para posteriormente desarrollar estrategias de prevención. Por el impacto social, comunitario, emocional y físico que supone para la vida de las personas, se debería abordar de manera interdisciplinar por todo el equipo de salud. (8)

Aunque actualmente se pretende dar visibilidad al suicidio mediante programas de prevención, campañas en la televisión, noticias... se mantiene todavía muy lejos de ser una

realidad conocida en la población. Es necesario abordar de forma prioritaria el problema del suicidio, ya que es la primera causa de muerte externa prevenible en España. (8-9)

Aún con todo el esfuerzo que se pone desde Europa y desde la OMS para visibilizar el problema, no se está consiguiendo una disminución en la tasa de muerte por suicidio e intentos de suicidio que se pueda apreciar. Urge, por tanto, orientar la investigación en la conducta suicida, con el objetivo de encontrar estrategias que ayuden a su prevención. (8-15)

Dar respuesta a este llamamiento de Europa para la prevención de un problema tan importante como es el suicidio compete a todos los profesionales, organizaciones gubernamentales, sanidad, medios de comunicación, y también al individuo, que debe tener una responsabilidad consigo mismo y poder buscar ayuda si le es necesario. (8)

Especialmente en España, y en concreto en la Comunidad Autónoma de Aragón, su progresiva tendencia poblacional muestra un crecimiento vegetativo que supone un aumento de la población envejecida, por lo que es esencial recopilar datos y fijar la mirada en las personas mayores de 65 años, pues son ellos los que siguen siendo el rango de la población con mayor riesgo de suicidio. Conocer las posibles causas o determinantes sociales relacionados con el suicidio y estudiada la población, podría permitir realizar estrategias de prevención eficaces y útiles para la lucha contra el suicidio tanto en España como en el mundo. (13-15)

En Aragón es importante destacar el papel de enfermería en la educación para la salud en todos los centros de salud y potenciar su actuación realizando programas de prevención para el suicidio aprovechando el contacto con las personas mayores en los centros de salud. (14)

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar diversos datos sobre suicidio en mayores de 65 años en España y Aragón, que permitan identificar factores de riesgo relacionados.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Obtener datos del suicidio y su tendencia hasta la actualidad.
- Identificar factores de riesgo en la población señalada.
- Describir las características de la población española y aragonesa de mayores de 65 años con factores de riesgo.
- Comparar el riesgo de suicidio de la población aragonesa de mayores de 65 años y la población española.

4. METODOLOGÍA

4.1. DIAGRAMA DE GANTT

Se ha realizado una revisión actualizada de la bibliografía, que incluye un examen profundo y crítico de la literatura relacionada con el suicidio en las personas mayores de 65 años, y su evolución hasta la actualidad.

Se elaboró un Diagrama de Gantt para planificar las diferentes actividades propuestas para la realización del trabajo. El color malva especifica la planificación del trabajo y en color berenjena se representa el tiempo empleado para su realización planificación desde el comienzo del trabajo en diciembre hasta la finalización del desarrollo se puede ver representada en el diagrama de Gantt (Tabla 2).

Tabla 2: Diagrama de Gantt. Elaboración propia.

	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Elección del tema.	Malva	Berenjena							
Recopilación de información.		Malva	Malva	Malva					
Introducción.			Berenjena	Malva	Malva				
Objetivos.					Malva				
Metodología.					Malva	Malva			
Desarrollo del trabajo.						Malva	Malva	Malva	Berenjena
Conclusiones.									Malva
Bibliografía.		Malva	Malva	Malva	Malva				
Resumen e índice.									Malva
Revisión del trabajo.				Malva	Malva	Malva	Malva	Malva	
Tutorías de repaso y dudas.	Berenjena	Berenjena		Berenjena	Berenjena	Berenjena		Berenjena	Berenjena

Fuente: Elaboración propia.

4.2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para conocer la evidencia del tema a tratar, se realizó una búsqueda bibliográfica en la que se han utilizado diferentes bases de datos (Pubmed, SciELO, Science Direct), buscadores académicos, libros y páginas web oficiales sobre el suicidio. A partir de una serie de palabras clave: “suicidio”, “mayores de 65 años”, “ancianos”, “factores de riesgo”, “factores protectores”, “prevención”, “tendencia”, “España”, “Aragón”. Fueron utilizados los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): “suicide”, “suicide, attempted”, “risk factors”, “aged”, “aged, 80 and over”, así como los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT” correspondientes.

Esta revisión sistemática ha sido registrado en PROSPERO (207944), una base de datos internacional de revisiones sistemáticas en salud y bienestar social, registradas de forma prospectiva.

Se han elaborado gráficas con datos relativos al suicidio obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE). El INE actualiza los criterios definitorios de las causas de muerte de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con los códigos comprendidos entre X60 y X84, todas las muertes derivadas de lesiones autoinflingidas intencionalmente mediante diferentes métodos, como lesiones físicas o envenenamientos. Además, se han extraído datos del INE referentes al número de personas mayores de 65 años en España y diferentes factores: soledad, renta, morbilidad, entre otros.

4.3. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo poblacional en el que se incluyó la pregunta específica de acuerdo con el principio PICO (Tabla 3) que se muestra a continuación:

Tabla 3: PICO.

PICO	
Participantes	Personas mayores de 65 años, de ambos sexos en España y Aragón.
Intervenciones	Datos del suicidio y sus factores de riesgo.
Control	No procede.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener datos del suicidio y su tendencia hasta la actualidad. • Describir las características de la población aragonesa de mayores de 65 años con factores de riesgo. • Comparar el riesgo de suicidio de la población aragonesa de mayores de 65 años y la población española.

Fuente: Elaboración propia.

4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó a partir de artículos y datos que estudiaban y el suicidio en España y Aragón.

4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se escogieron aquellos estudios publicados desde el año 2015 hasta el 2020 con humanos mayores de 65 años de ambos sexos, que aportaran información sobre el suicidio y que estudiaran la población española. Los idiomas que se utilizaron en la búsqueda fueron español e inglés.

4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se han excluido aquellos artículos que no estudiaban población mayor de 65 años, no permitían el acceso gratuito al texto completo y aquellos que no incluían humanos. Se han excluido aquellos que no aportaban conocimiento sobre el suicidio en España. Aquellos artículos que fueran en un idioma diferente a español, inglés.

4.4.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se ha valorado la calidad de cada estudio según las “Quality Assesment Tools” y está plasmado en la Tabla 4. Cada artículo ha sido puntuado respondiendo a los criterios (1-14) de la escala de evaluación para comprobar la calidad del estudio elegido. Su puntuación ha sido considerada según la respuesta: 1 si respondía a la pregunta, 0 si la pregunta no era respondida en el artículo, CD no se podía determinar, NA no era aplicable y NR no estaba informado en el artículo.

Tabla 4: Herramienta de evaluación de calidad para estudios observacionales de cohorte y transversales.

Estudio	Study Quality Assesment Tools													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Mejías- Martín et al. (17)	1	1	1	1	1	CD	1	NA	1	1	1	NA	1	1
Mejías- Martín et al. (18)	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	0	1	NA	1	1
Santurtún et al. (19)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	NA	1	1

SUICIDIO EN MAYORES DE 65 AÑOS. DETERMINANTES SOCIALES EN ESPAÑA Y ARAGÓN.

Fernández-Navarro et al. (20)	1	1	1	1	NR	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	1
Pérez-Costillas et al. (21)	1	1	1	1	CD	1	1	0	1	NA	1	0	0	1
Suso-Ribera et al. (22)	1	1	NA	1	1	1	1	NA	1	NA	1	0	1	1
Santurtún et al. (23)	1	1	CD	0	1	1	1	NA	1	0	1	NR	1	1
Cayuela et al. (24)	1	1	CD	1	1	1	1	NA	1	0	0	NR	1	1
Puntuación: 1: Sí; 0: No; CD: no se puede determinar; NA, no aplicable; NR, no informado.														

Fuente: Elaboración propia. (16)

La calidad de cada artículo se evaluaba según las siguientes cuestiones: 1. ¿La pregunta de investigación o el objetivo de este artículo se expresaron claramente? 2. ¿Se especificó y definió claramente la población de estudio? 3. ¿La tasa de participación de las personas elegibles fue al menos del 50%? 4. ¿Todos los sujetos fueron seleccionados o reclutados de la misma población o de poblaciones similares (incluido el mismo período de tiempo)? ¿Los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio se especificaron previamente y se aplicaron de manera uniforme a todos los participantes? 5. ¿Se proporcionó una justificación del tamaño de la muestra, una descripción de la potencia o estimaciones de varianza y efecto? 6. Para los análisis de este documento, ¿se midieron las exposiciones de interés antes de que se midieran los resultados? 7. ¿El plazo fue suficiente para que uno pudiera esperar razonablemente ver una asociación entre la exposición y el resultado si existiera? 8. Para exposiciones que pueden variar en cantidad o nivel, ¿examinó el estudio diferentes niveles de exposición en relación con el resultado (por ejemplo, categorías de exposición o exposición medida como variable continua)? 9. ¿Las medidas de exposición (variables independientes) estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente en todos los participantes del estudio? 9. ¿Las medidas de exposición (variables independientes) estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente en todos los participantes del estudio? 10. ¿Se evaluaron las exposiciones más de una vez a lo largo del tiempo? 11. ¿Las medidas de resultado (variables dependientes) estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente en todos los participantes del estudio? 12. ¿Los evaluadores de resultados estaban cegados al estado de exposición de los

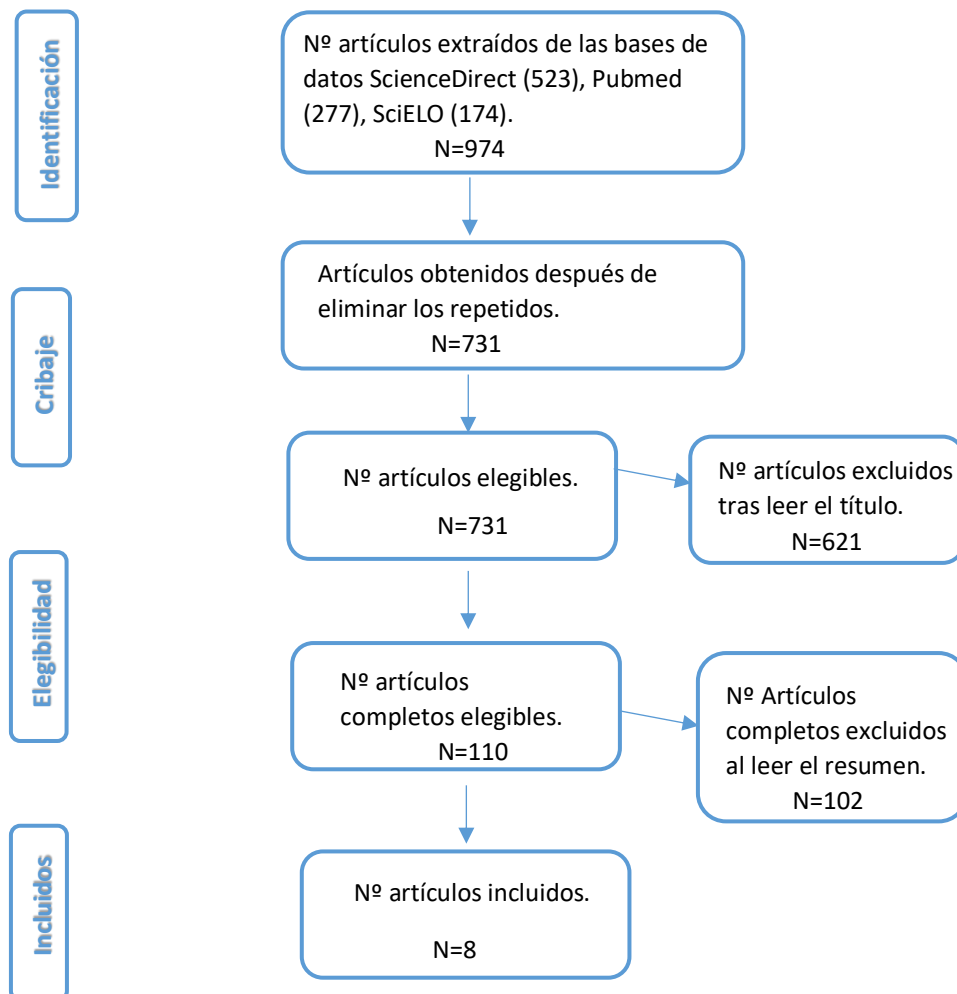
participantes? 13. ¿Las pérdidas durante el seguimiento después del inicio del estudio fueron del 20% o menos? 14. ¿Se midieron y ajustaron estadísticamente las posibles variables de confusión clave por su impacto en la relación entre exposición(es) y resultado(s)? (16)

4.5. SÍNTESIS DE LA BÚSQUEDA

La presente revisión bibliográfica sigue la metodología de revisiones sistemáticas propuesta en los “Preferred reporting items for systematic reviews and Meta-analyses” (PRISMA).

Inicialmente se identificaron artículos recogidos de las bases de datos y se eliminaron los duplicados. Tras realizar la lectura se excluyeron por título y resumen aquellos que no se estudiaban dentro del artículo población de adultos mayores de 65 años, no realizaban un estudio del suicidio, o no seguían los criterios de inclusión. Finalmente se seleccionaron 8 estudios como se muestra en el diagrama de flujo (Gráfico 2).

Gráfico 2: Diagrama de flujo (PRISMA).



Fuente: Elaboración propia.

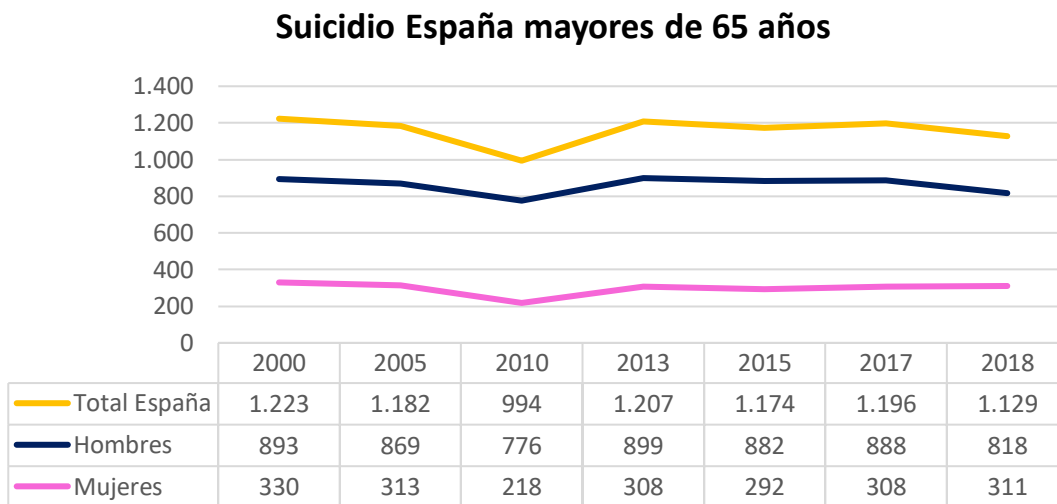
5. RESULTADOS

El suicidio es un problema de salud pública que puede afectar a cualquier edad, los últimos datos aportados, en 2018 por el INE, apuntan que el suicidio es la primera causa de muerte externa en la población española con 3539 defunciones, perteneciendo más del 30% de éstas a las personas mayores de 65 años. (15)

Se han comparado los resultados de los artículos con los datos obtenidos del INE con respecto al estudio de la población mayor de 65 años en España y otras variables como sexo, lugar de residencia, enfermedades...

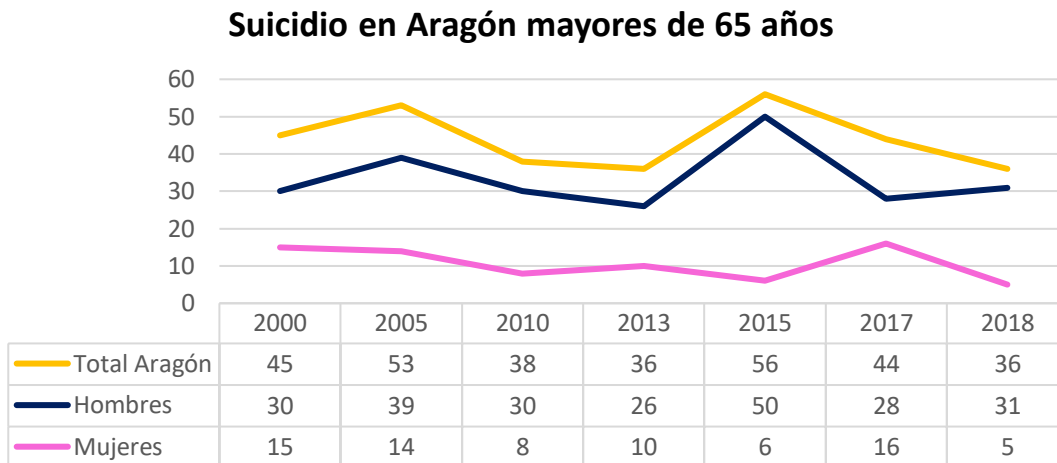
Se dispone de datos, de España y Aragón desde hace 20 años hasta la actualidad, en los que se observa a nivel nacional una leve tendencia al incremento de las defunciones por suicidio a partir del año 2010 que se mantiene más o menos estable hasta la actualidad (Gráfico 3). Mientras que en Aragón en el año 2015 hubo un aumento de casos de suicidio en mayores de 65 años que ha descendido hasta el 2018 con datos similares al año 2013 (Gráfico 4).

Gráfico 3: Suicidio en España mayores de 65 años.



Fuente: Elaboración propia. (15)

Gráfico 4: Suicidio en Aragón mayores de 65 años.



Fuente: Elaboración propia. (15)

Tanto a nivel nacional como en la comunidad autónoma de Aragón se puede objetivar que existen un porcentaje mayor de muertes por suicidio en hombres que en mujeres.

Se observa como en Aragón el suicidio disminuye lentamente en los últimos años, mientras que en España las cifras se mantienen estables.

A continuación, se observa la población española de diferentes comunidades autónomas y sus características relacionadas con la muerte por suicidio a lo largo del tiempo para conocer los diferentes factores de riesgo en el país (Tabla 5).

Tabla 5: Resultados revisión bibliográfica.

Título	Autor, año y lugar	Tipo de estudio	Objetivo	Resultados
Factores asociados a intentos de suicidio y suicidios en la población general de Andalucía (España). (17)	Mejías-Martín Y. et al. 2019. Andalucía.	Estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo.	Observar la influencia de la edad, el sexo y la localización geográfica y factores asociados al suicidio e intentos de suicidio.	La mayor tasa de suicidio se registró en el intervalo de edad entre 80 y 84 años. Un mayor número de intentos no se asoció con más suicidios. La tasa de intentos de suicidio fue similar entre hombres y mujeres, pero la tasa de suicidio fue tres veces mayor en los hombres.

<p>Intentos de suicidio en España según los registros de urgencias sanitarias prehospitalarias. (18)</p>	<p>Mejías-Martín Y. et al. 2018. Andalucía.</p>	<p>Estudio observacional, retrospectivo.</p>	<p>Analizar el número y las características de los intentos de suicidio mediante la revisión de los registros del sistema de información del servicio público de emergencia de salud.</p>	<p>Las llamadas fueron más frecuentes durante los meses de verano, los fines de semana y entre las 16:00 y las 23:00 h. La edad media de las personas que intentaron suicidarse fue 42,72 (\pm 15,94) años. La tasa aumentó hasta los 45 años y luego disminuyó, siendo más baja entre los mayores de 80 años.</p>
<p>Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. (19)</p>	<p>Santurtún M. et al. 2016. Cantabria.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p>	<p>Se clasifican los suicidios en dos grupos según el método, por envenenamiento y por agentes violentos no tóxicos. Observa la tendencia del método escogido según edad y sexo.</p>	<p>En España la mayor parte de las muertes por suicidio son por agentes violentos no tóxicos siendo mayor en los varones y en los mayores de 64 años, mientras que los suicidio por envenenamiento son más representativos en mujeres.</p>
<p>Tendencias de la mortalidad por suicidios en Galicia, España y su relación con los indicadores económicos. (20)</p>	<p>Fernández-Navarro P. et al. 2016. Galicia.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p>	<p>Se analizan las tasas de suicidio estandarizadas por edad en hombres y mujeres y en grupos de edad. Se analiza la tendencia y la asociación entre suicidio, recesión y desempleo.</p>	<p>Los análisis de Joinpoint revelaron que las tasas de suicidio cambiaron de manera diferente entre grupos de sexo y edad. Se encuentra una asociación significativa entre desempleo y suicidio, pero no entre recesión y suicidio.</p>

SUICIDIO EN MAYORES DE 65 AÑOS. DETERMINANTES SOCIALES EN ESPAÑA Y ARAGÓN.

<p>Clusters de casos de suicidio espacio-temporal en la comunidad de Antequera (España). (21)</p>	<p>Pérez-Costillas L. et al. 2015. Málaga.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p>	<p>Comprobar si existe agrupación de casos de muerte por suicidio según determinantes espacio-temporales.</p>	<p>Presenta pruebas de la existencia de relación de clusters espacio-temporales de casos de suicidio en diversas áreas de la región estudiada.</p>
<p>El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? (22)</p>	<p>Suso-Ribera C. et al. 2018. Castellón.</p>	<p>Estudio observacional transversal retrospectivo.</p>	<p>Suicidios consumados diferenciados por sexo y edad y método de suicidio. Las variables sociodemográficas y psiquiátricas fueron medidas según el nivel de ruralidad.</p>	<p>Se encuentran tasas de suicidio más altas en las zonas rurales, especialmente en hombres y personas mayores de 65 años.</p>
<p>¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. (23)</p>	<p>Santurtún M. et al. 2018. España.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p>	<p>Análisis de las muertes por suicidio según sexo, grupos de edad, distribución geográfica, características económicas y tiempo.</p>	<p>Los suicidios en España no tienen una distribución geográfica homogénea, existe una tendencia descendente en las personas de más de 64 años y las muertes siguen un patrón estacional (con máximos en verano). Además el PIB per cápita se relaciona inversamente con la tasa de suicidios de cada provincia y la asociación se intensifica en la población de mayor edad.</p>
<p>Mortalidad por suicidio en España (1984-2018): análisis edad-período-cohorte. (24)</p>	<p>Cayuela L. et al. 2020. España.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p>	<p>Evalúa efectos de la edad, período y cohorte sobre la tendencia de la mortalidad por suicidio en España.</p>	<p>Se observa en el estudio que las tasas de suicidio aumentan con la edad en ambos sexos.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Como se aprecia en la tabla, la edad y el sexo son dos variables que no pueden ser modificadas y determinan un mayor riesgo de que se produzca el suicidio. Además de otras como la distribución geográfica, situación económica y personal y factores psiquiátricos del individuo. De igual manera, se destaca el método utilizado por la persona que se suicida, siendo de mayor elección un método u otro según el espacio y tiempo en el que se encuentra y los medios disponibles al alcance de la persona. (17-24)

La población de España continúa su proceso de envejecimiento, pues sigue en aumento la proporción de personas mayores, las que tienen 65 o más años. Los datos estadísticos del Padrón Continuo, INE 2019, exponen que hay un 19,3% sobre el total de la población de personas mayores de 65 años. (25)

En todos los grupos de edad, las tasas de mortalidad masculina superan a las femeninas. En general, la tendencia es el retraso de la mortalidad (se sigue ganando esperanza de vida, especialmente en edades avanzadas), y se muere cada vez más tarde. Las mujeres españolas son mayoritarias en la vejez, superando en un 32% a los hombres y se acentúa cuanto más avanzada es la edad. (25)

Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Cantabria y Aragón son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 21%. Baleares, Murcia, y Canarias son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 16%. (25)

En cuanto a la población aragonesa con respecto a la edad y el sexo se observan los siguientes datos obtenidos del Padrón Continuo (Tabla 6). (26)

Tabla 6: Datos de la población aragonesa del Padrón Continuo 2020.

	Aragón	Zaragoza	Huesca	Teruel
Total poblacional	1.328.753	972.246	222.442	134.065
Mayores 65 años	288.651	206.557	49.953	32.141
Hombres				
Total	655.764	475.458	112.353	67.923
Mayores 65 años	125.603	88.208	22.596	14.799
Mujeres				
Total	673.019	496.788	110.089	66.142
Mayores 65 años	163.048	118.349	27.357	17.342

Fuente: Elaboración propia. (26)

SUICIDIO EN MAYORES DE 65 AÑOS. DETERMINANTES SOCIALES EN ESPAÑA Y ARAGÓN.

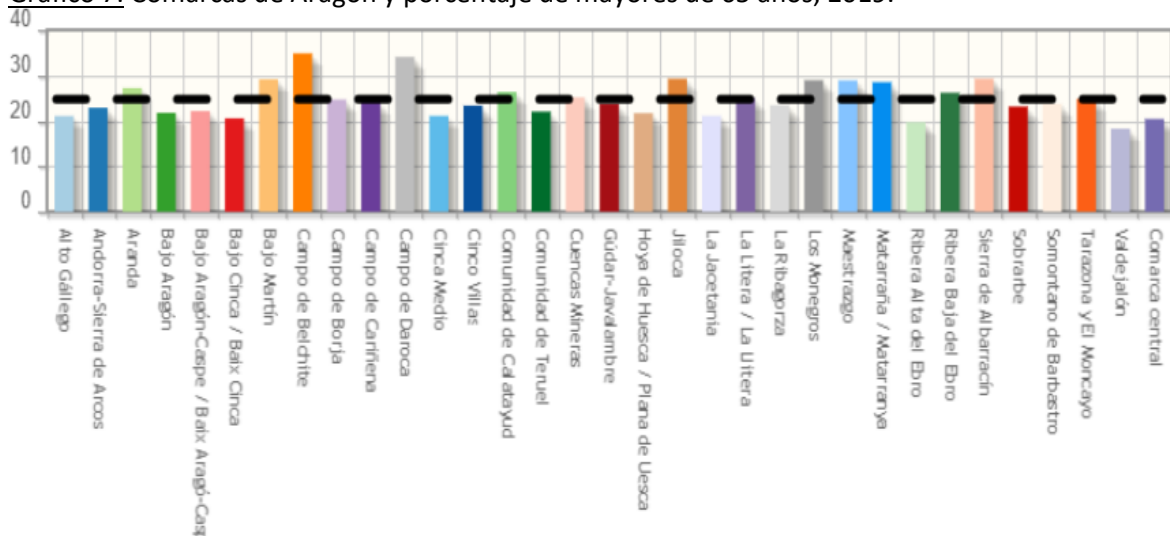
Por provincias Zaragoza es la que posee un porcentaje más bajo de población mayor de 65 años, siendo de un 19,22%, Huesca posee un 21,58%, y la provincia de Teruel un 23,48%, siendo la que tiene mayor población de 65 años. (27, 28)

En 2019, el mayor número de personas de edad avanzada se concentra en los municipios urbanos. En los municipios más grandes de España (Madrid y Barcelona) viven un millón de personas mayores, muchas más que en los 5.877 municipios rurales. Sin embargo, el envejecimiento (la proporción de personas mayores respecto del total) es mucho más acentuado en el mundo rural. Viven 2.699.277 de personas en los municipios rurales (de 2.000 o menos habitantes), de las que el 28,5% son personas mayores (770.580). (25)

A nivel municipal, son 654 de los 731 municipios de Aragón, casi un 90%, los que están por encima del 20% de población mayor de 65 años. 429 municipios tienen un porcentaje de población mayor de 65 años por encima del 30%. Frente a esto tan sólo 77 municipios se encuentran con porcentajes inferiores al 20% de población mayor de 65 años. (27)

En el gráfico 7 se ven los elevados porcentajes de personas residentes en las comarcas de Aragón con más de 65 años, siendo el Campo de Belchite, Campo de Daroca, Jiloca y el Bajo Martín las de mayor porcentaje. A nivel municipal Los Pintanos, Fuenferrada, Torrehermosa y Crivillén son las comarcas que mayor porcentaje de personas mayores tienen superando todos ellos el 65% de población con más de 65 años. Salcedillo, Cuarte de Huerva, María de Huerva y La Puebla de Alfindén son los municipios aragoneses con menor población de mayores con porcentajes menores al 9%. (27)

Gráfico 7: Comarcas de Aragón y porcentaje de mayores de 65 años, 2019.



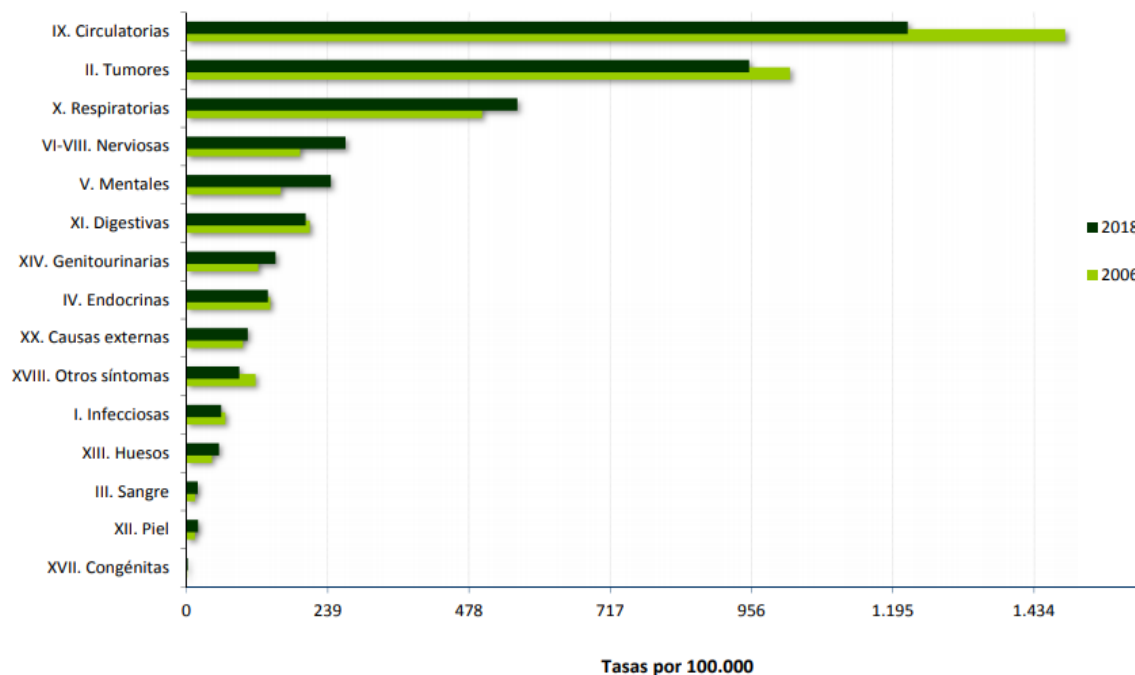
Fuente: IDEARAGON. (27)

SUICIDIO EN MAYORES DE 65 AÑOS. DETERMINANTES SOCIALES EN ESPAÑA Y ARAGÓN.

Las personas mayores españolas supusieron el 45,9% de todas las altas hospitalarias en 2018 y presentaban estancias más largas que el resto de la población. (Un alta hospitalaria se puede producir por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria). (25)

En España en 2018, la principal causa de muerte entre los mayores estaba relacionada con enfermedades del aparato circulatorio, los tumores es la segunda causa, y en tercer lugar, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias. Destaca el aumento de las tasas de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos años (Gráfico 5). (25)

Gráfico 5: Tasas de mortalidad de la población de 65 y más años por causa, 2006 y 2018.



Fuente: CSIC. (25)

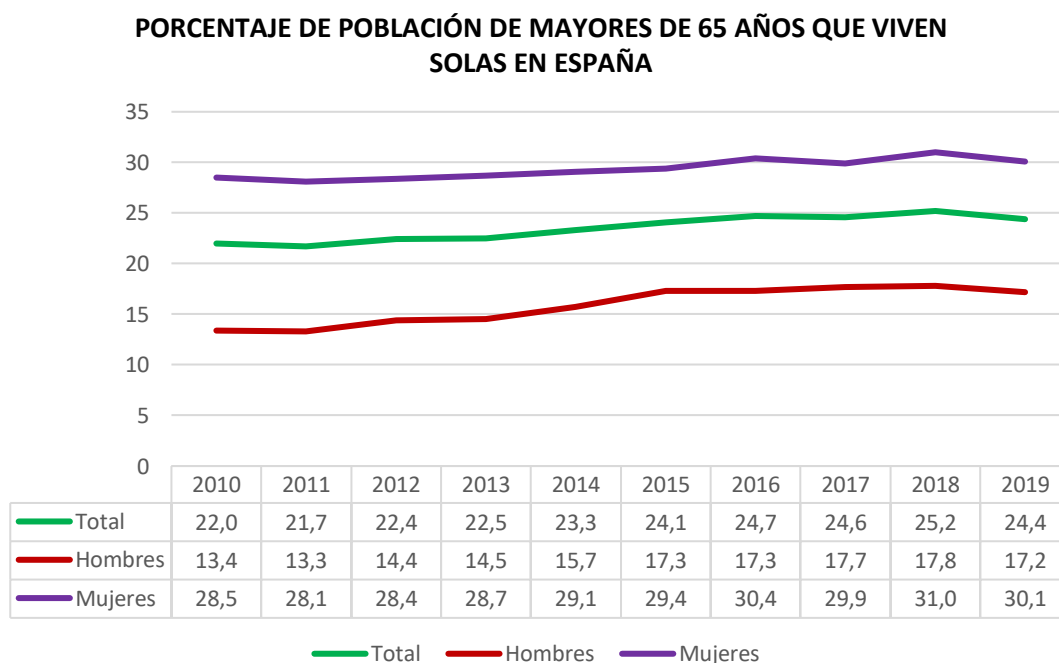
En Aragón en 2018, las zonas de salud con mayores tasas de accidentes cerebrovasculares tanto en hombres como en mujeres son Campo de Belchite, Báguena y Muniesa con tasas de alrededor de 30 casos por 1000 habitantes. Las tasas de depresión son superiores en mujeres que en hombres, y destacan Sádaba, Sos del Rey Católico, San José Norte y Gallur con tasas mayores de 70 casos por 1000 habitantes en los hombres. En cuanto a las mujeres, las zonas de salud con más de 180 casos por 1000 habitantes eran Villarroya de la Sierra, Saviñan, Sádaba y Campo de Belchite. (27)

En España en el año 2019, el importe medio de la pensión de jubilación (la clase más numerosa) ha superado el umbral de los mil euros (1.138 euros/mes). Se siguen manteniendo las disparidades regionales en pensiones medias de jubilación, consecuencia de diferentes trayectorias laborales. Otra brecha notable aparece cuando se comparan cantidades medias de todas las pensiones por sexo. Las pensiones de las mujeres son más bajas que las de los hombres, debido a sus diferentes carreras laborales, ocupaciones, o por tener otro tipo de pensiones (viudedad, etc.). (25)

Aragón presenta un importe medio mensual de las pensiones de jubilación levemente por encima de la media española, por detrás de País Vasco, Asturias, Madrid, Navarra, Ceuta, Melilla y Cantabria. La posición económica de los mayores ha mejorado relativamente desde el 2015 que comenzó a mejorar lentamente tras la decaída que hubo en 2008. (25)

Durante la vejez, y hasta las edades muy avanzadas, la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad. En los últimos años, ha habido un incremento de los hogares unipersonales en personas mayores de 65 años, aunque España todavía tiene menor proporción que otros países europeos. (25,29)

Gráfico 6: Distribución de la población de 65 y más años por tipo de hogar.



Fuente: Elaboración propia. (29)

Gráfico 7: Porcentaje de personas que viven solas mayores de 65 años en Aragón.



Fuente: Elaboración propia. (15)

Tanto en España como en Aragón se observa este incremento de hogares con personas mayores que viven en soledad. Esto supone un riesgo para la salud de la persona ya que cada vez se ve más debilitada su salud con el paso del tiempo y necesitan apoyo en su vida diaria.

6. DISCUSIÓN

La presente investigación nos muestra las diferencias de factores de riesgo y mortalidad por suicidio entre las comunidades autónomas que forman España y su heterogeneidad en cuestión de muerte por suicidio. (19,22-24)

Reafirmando lo anteriormente expuesto en los resultados, la tasa por suicidio es más elevada en el sexo masculino. (17-24)

En los estudios analizados se observa que las tasas de suicidio aumentaron en función de la edad. Por tanto, el aumento de la población mayor de 65 años española y aragonesa hace que aumente el riesgo de mayor población suicida. (17-24)

Este aumento de suicidios con la edad puede estar asociado a los cambios que experimenta la persona a nivel fisiológico, estatus social, rol o vivencia de experiencias. Todo ello podría influir en la persona y si estos signos no son adecuadamente controlados, puede llevar a pensar en el suicidio. La jubilación, muerte de familiares cercanos, limitaciones, aislamiento... son factores que al aumentar la edad y la creciente esperanza de vida actual, implicaría un aumento en la tasa de suicidios, si no se adoptan las medidas preventivas oportunas. (24)

Según Fernández-Navarro et al. existe una relación entre el desempleo o la recesión económica y el suicidio, en la zona sur de España, Andalucía, en la que tienen el producto interior bruto más bajo del país y en las zonas rurales del norte de España como Galicia. (20)

Santurtún et al. y Cayuela et al. comentan en sus artículos que la tasa de desempleo y su relación con los indicadores económicos se ha relacionado con una elevada mortalidad por suicidio en España de forma global y la mejora de las condiciones económicas en las personas mayores de 65 años, reconocimiento y tratamiento de problemas físicos y mentales podrían ayudar al descenso de estas tasas. (23, 24)

Se puede observar que la población joven realiza más intentos de suicidio por cada suicidio consumado, habiendo una evidencia de una mayor tasa de mortalidad post-intento de suicidio en las personas mayores de 65 años. El riesgo de suicidio se considera mayor para las personas que lo han intentado anteriormente que para las que no lo han hecho previamente. (18,19)

Según el artículo de Mejías-Martín et al. la evacuación al hospital fue dos veces menor en los mayores de 65 años que en el resto de la población de estudio, por lo que esto sugiere una revisión de los protocolos de actuación con respecto al manejo del intento suicida en la población mayor de 65 años. (18)

A pesar de los datos obtenidos de informes de la OMS en los que indican que cada 30 intentos suicidas se produce un suicidio consumado, en el estudio realizado en España en Andalucía se obtuvieron los resultados en los que de cada 4 intentos de suicidio se produjo un suicidio real. Este dato difiere en gran medida de los observados por la OMS. (18)

El suicidio consumado es mayor en zonas rurales, podría deberse a la peor accesibilidad del ciudadano a los centros sanitarios y lejanía a los hospitales o centros especializados. La atención sanitaria ante un suicidio es más rápida en las zonas urbanas, mientras que en las zonas rurales es más tardía no pudiendo salvar el daño producido por la acción suicida. (19, 21, 22)

Existen agrupaciones de casos de suicidio cercanas en espacio y tiempo, estas agrupaciones corren mayor riesgo de producirse en medios rurales después de hallarse un caso de suicidio cercano en lugar y tiempo, pues el conocimiento verbal y la información ofrecida que se difunde mediante relaciones interpersonales indirectas pueden agrupar personas vulnerables (21)

Según la zona en la que se vive es preciso estudiar los métodos al alcance del ciudadano para poder controlarlos ya que uno de los métodos más utilizados en España es la muerte

autoprovocada por agentes violentos no tóxicos, mientras que el envenenamiento es mayormente utilizado por las mujeres a la hora del suicidio. (19)

Atendiendo a las consideraciones que muestra la literatura previa, el método de suicidio más frecuente que utiliza la población es el ahorcamiento. Según la zona de residencia, la persona tiene mayor acceso a unos agentes tóxicos u otros violentos no tóxicos, en consecuencia estudiar los métodos más utilizados por la población para consumar el suicidio es de vital importancia en España. (19, 21-23)

De las evidencias anteriores, se observa una compleja red de factores entorno a la mortalidad por suicidio, incluidos factores de riesgo y factores de protección tanto a nivel individual como familiar y comunitario (24).

Darle especial importancia a que conocer el tipo de suicidio permite crear alertas y adecuar los protocolos de actuación y estrategias de prevención. (19)

Además el refuerzo de factores protectores en la población, el aumento de la educación, el trabajo de las habilidades para abordar problemas, la resolución de conflictos y las habilidades para manejar disputas, son aspectos beneficiarios para la población y la prevención del suicidio. (17-24)

Aunque se avanza muy lentamente en la reducción de la mortalidad por suicidio, el suicidio sigue siendo un importante problema de salud pública prevenible. Una constante revisión y vigilancia epidemiológica de la población son necesarias para evaluar los factores de riesgo y mejorar la prevención. (24)

Aragón es una comunidad autónoma con abundantes núcleos rurales, por tanto hay que prestar especial atención a estas zonas por su gran riesgo suicida. Sería necesario un plan de prevención adecuado para las zonas rurales de España.

Los artículos estudiados coinciden en la limitación que existe al registrar tanto los intentos de suicidio como las muertes por suicidio consumado, habiendo una infradeclaración de los casos totales. Cuando una persona realiza un intento de suicidio y no muere en el acto, es llevada a un hospital y muere, por ejemplo, por hipoxia cerebral. Esta muerte puede ser registrada como hipoxia cerebral como la causa final y no por lo que le ha provocado realmente la muerte, que realmente es un suicidio consumado. Por tanto, muchas veces el registro de los casos de suicidio es dificultoso y esto limita su estudio, ya que para aumentar la prevención contra el suicidio es preciso conocer detalles previos a la muerte de la persona. (17-24)

6.1. LÍMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación que puede destacarse en la revisión sistemática realizada, ha sido la escasa bibliografía en relación al suicidio y las personas mayores de 65 años. Es por ello, que una futura línea de investigación en el tema del suicidio podría ir enfocada a valorar a la población mayor de 65 años y a crear estrategias de prevención efectivas para esta población y considerar futuras acciones en la Comunidad Autónoma de Aragón.

6.2. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

La autora declara que no tiene conflictos de intereses relacionados con la materia de estudiada.

7. CONCLUSIÓN

1) Se han actualizado los datos del suicidio en España y Aragón. La tendencia de los suicidios en personas mayores de 65 años es estable, mientras que en la población mayor española se aprecia un leve descenso.

2) En el presente estudio se han objetivado que el aumento de la edad y el sexo masculino son factores de riesgo del suicidio para la población española y aragonesa mayor de 65 años. Además de otros factores como la soledad, el bajo nivel económico, las enfermedades físicas y mentales como la depresión y la zona de residencia. La población mayor de 65 años tiene el riesgo intrínseco, ya que conforme aumenta la edad aumenta el riesgo de suicidio.

3) Se han descrito las características de la actual población mayor de 65 años en relación con los factores de riesgo presentes en la Comunidad Autónoma de Aragón y en España.

4) La población española tiene una distribución heterogénea del suicidio. En la población aragonesa aumenta el riesgo de suicidio en las zonas rurales de la misma.

5) La prevención del suicidio es de vital importancia para el bienestar de la población mayor de 65 años tanto en Aragón como en España. Es un reto para todos los profesionales y especialmente el papel de la enfermería es muy importante para realizar estas estrategias de educación y prevención en la población.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid; 2020 [Acceso 12 feb 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/>.
2. Martínez y Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente [Internet]. México: El Manual Moderno; 2017 [Acceso 16 feb 2020]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=700-DgAAQBAJ&pg=PT843&lpg=PT843&dq=abate+prevost+suicidio&source=bl&ots=dn2_PiiRK7&sig=ACfU3U07Y2WfIOpEwpY8vkiOK20yVg_sKA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwialseK35_pAhW1AGMBHc1_CJEQ6AEwBnoECAcQAQ#v=onepage&q=abate%20prevost%20suicidio&f=false
3. Hein P., Pandolfi J., González V.H. Suicidio y sociedad. Rev. Cienc. Soc. [Internet]. 2020 [Acceso 15 feb 2020]; 33(46): 7-10. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/cuarzo.unizar.es:9443/ejemplar/538410>.
4. Quintanar F. Comportamiento suicida [Internet]. México: Editorial Pax Mexico; 2007 [Acceso 18 feb 2020] Disponible en: https://books.google.es/books?id=yd5k-gOyKLiC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=suicidio+abate+prevost&source=bl&ots=Qm2LtPh0hD&sig=ACfU3U3K962tKcyq4khQhlf6BvISRIzvDA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiX9ozT35_pAhWYBWBHYYpAFAQ6AEwBXoECAoQAQ#v=onepage&q=suicidio%20abate%20prevost&f=false.
5. Blanco C. El suicidio en España. Rev. Cienc. Soc. [Internet]. 2020 [Acceso 27 feb 2020]; 33(46): 76-106. Disponible en: <https://rcs.cienciassociales.edu.uy/index.php/rcs/article/view/38/28>.
6. Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. RMCLC [Internet]. 2012 [Acceso 3 abr 2020]; 23(5): 607-615. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703553>.
7. Vera-Varela C., Barbería E., Giner L., Xifró A., Suelves J.M., Guija J. Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio. Rev Esp Med Legal [Internet]. 2019 [Acceso 3 abr 2020]; 45(2): 67-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0377473219300070#bib0420>.
8. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [Acceso 3 abr 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/suicide/es/>.
9. Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. Madrid: UAM; 2013 [Acceso 13 abr 2020]. Protocolo para la detección y manejo de la ideación suicida; 36. Disponible en: <http://www.uam.es/UAM/Home.htm?language=es>.

10. Velásquez-Suarez J.M. Suicidio en el anciano. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2013 [Acceso 13 abr 2020]; 43(1): 80-84. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0034745014000110#bib0130>.
11. Draper B. M. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. Maturitas [Internet]. 2014 [Acceso 13 abr 2020]; 79(2): 179-183. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0378512214001224>.
12. Suicide.org [Internet]. Estados Unidos: Kevin Caruso; 2020 [Acceso 14 abr 2020]. Disponible en: <http://www.suicide.org/elderly-suicide.html>.
13. Cayuela A., Cayuela L., Sánchez-Gayango A., Rodríguez-Domínguez S., Pilo-Uceda F. J., Velasco-Quiles A., Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2020 [Acceso 21 abr 2020]; 13(2): 57-62. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1888989118300727?via%3Dihub>.
14. Fundación española para la prevención del suicidio [Internet]. Observatorio del Suicidio en España 2018. Madrid: FSME; [Acceso 25 may 2020]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>.
15. Instituto Nacional de Estadística. 2016 [Acceso 26 may 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/index>.
16. NHLBI [Internet]. Bethesda: NHLBI; [Acceso 25 may 2020]. Study Quality Assessment Tools [aproximadamente 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
17. Mejías-Martín Y., Luna-Castillo J., Rodríguez-Mejías C., Martí-García C., Valencia-Quintero J.P., García-Caro M.P. Factors associated with suicide attempts and suicides in the general population of Andalusia (Spain). Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019 [Acceso 26 may 2020]; 16(22): 4496. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6888127/>.
18. Mejías-Martín Y., Martí-García C., Rodríguez-Mejías C., Valencia-Quintero J.P., García-Caro M.P., Luna J. Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records. PLoS One [Internet]. 2018 [Acceso 8 jul 2020]; 13(4): e0195370. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5891009/>.

19. Santurtún M., Santurtún A., Agudo G., Zarrabeitia M.T. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuad Med Forense* [Internet]. 2016 Dic [Acceso 13 jul 2020]; 22(3-4): 73-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062016000200003.
20. Fernández-Navarro P., Barrigón M.L., López-Castroman J., Sanchez-Alonso M., Paramo M., Serrano M., Arrojo M. Baca-García E. Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2016 [Acceso 5 jul 2020]; 25(5):475-484. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137585/>.
21. Pérez-Costillas L., Blasco-Fontecilla H., Benítez N., Comino R., Antón J.M., Ramos-Medina V., et al. Clusters de casos de suicidio espacio-temporal en la comunidad de Antequera (España). *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2015 [Acceso 8 jul 2020]; 8(1): 26-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1888989114000421>.
22. Suso-Ribera C., Mora-Marín R., Hernández-Gaspar C., Pardo-Guerra M., Belda-Martínez A., Palmer-Viciedo R. El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2018 [Acceso 8 jul 2020]; 11(1): 4-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1888989117300915>.
23. Santurtún M., Santurtún A., Zarrabeitia M. T. ¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2018 [Acceso 12 jul 2020]; 11(4): 192-198. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1888989117300708>.
24. Cayuela L., Sánchez-Gayango A., Sánchez-Trincado P. A., Rodríguez-Domínguez S., Velasco-Quiles A. A., Cayuela A. Mortalidad por suicidio en España (1984-2018): análisis edad-período-cohorte. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2020 [Acceso 13 agost 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1888989120300689>.

25. Pérez-Díaz J., Abellán-García A., Aceituno-Nieto, P., Ramiro-Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: CSIC; [Acceso 12 agost 2020]. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>.

26. Instituto Aragonés de Estadística. Padrón continuo [Internet]. Zaragoza: IAST; 2020 [Acceso 15 agost 2020]. Disponible en:

https://www.aragon.es/documents/20127/1909615/Comunicado_DatosAvancePadron_2020.pdf/654163b2-fb3f-97ab-81e7-82d7f4a7e34d?t=1587482482777#:~:text=Los%20residentes%20en%20Arag%C3%B3n%20a,ha%20aumentado%20en%209.643%20personas.

27. IDEARAGON. Atlas de Aragon. [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2019 [Acceso 23 agost 2020]. Disponible en: https://idearagon.aragon.es/atlas/?DIT=1_005#.

28. Instituto Aragonés de Estadística. Datos básicos de Aragón. Población. [Internet]. Zaragoza: IAST; 2020. Disponible en:

https://www.aragon.es/documents/20127/674325/03_Poblacion.pdf/adff310e-4dee-df29-5387-21710bbe46f8.

29. Eurostat. [Internet]. Distribution of population aged 65 and over by type of household. 2020 [Acceso 13 agost 2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo	V	F
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar	V	F
Mi futuro me parece oscuro	V	F
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
El futuro me parece vago e incierto	V	F
Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Fuente: Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology [Internet]. 1974 [Acceso 26 jun 2020]; 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

9.2. ANEXO 2

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena en el alma que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

SUICIDIO EN MAYORES DE 65 AÑOS. DETERMINANTES SOCIALES EN ESPAÑA Y ARAGÓN.

11. Irritabilidad
<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente
<input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes
<input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo
<input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
<input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes
<input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás
<input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
<input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre
<input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
<input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
<input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo
<input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes
<input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes
<input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
<input type="radio"/> No puedo trabajar en nada
<input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
<input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes
<input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana
<input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
<input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
<input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
<input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
<input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
<input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes
<input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga
<input type="radio"/> No me canso más de lo normal
<input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito
<input type="radio"/> Mi apetito no está bueno como antes
<input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor
<input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente
<input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg
<input type="radio"/> He perdido más de 5 kg
<input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
<input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos
<input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal
<input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido
<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes
<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo
<input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente
<input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Fuente: Aaron T. Beck. Beck Depression Inventory (Second edition). USA: The psychological Corporation. 2006.

9.3. ANEXO 3

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)¹⁰⁶

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada</p> <p>Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza</p> <p>1.</p> <p>2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo</p> <p>5.</p> <p>6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente</p> <p>Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias</p> <p>1.</p> <p>2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas</p> <p>5.</p> <p>6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna</p> <p>Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</p> <p>1.</p> <p>2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad</p> <p>5.</p> <p>6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido</p> <p>Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre</p> <p>1.</p> <p>2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido</p> <p>Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado</p> <p>1.</p> <p>2. Apetito ligeramente reducido</p> <p>3.</p> <p>4. Sin apetito. La comida es insípida</p> <p>5.</p> <p>6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lasitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión 0-6	Leve 7-19	Moderada 20-34	Grave 35-60
-----------------	---------------------	--------------	-------------------	----------------

Fuente: Montgomery y Åsberg. The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). [Internet] 1979. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/02/gpc_534_anexo2.pdf.

9.4. ANEXO 4

I. Circunstancias objetivas	
1. <i>Aislamiento</i>	0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Fuente: Beck, Kovacs, Weissman. Escala de Intencionalidad Suicida (SIS). [Internet] 1979.

Disponible

en:

https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2013/478/46299/1/Documento42.pdf.

9.5. ANEXO 5

<p>1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno</p>
<p>2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte</p>
<p>3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo</p>
<p>4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte</p>
<p>5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida</p>
<p>6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo</p>
<p>7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo</p>
<p>8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación</p>
<p>9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control</p>
<p>10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos</p>
<p>11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta</p>
<p>12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados</p>
<p>13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto</p>

- | |
|--|
| 14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i>
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
1. Inseguridad sobre su valor
2. Seguros de su valor, capacidad |
| 15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i>
0. No
1. Incierto
2. Sí |
| 16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i>
0. Ninguna
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.) |
| 17. <i>Nota suicida</i>
0. Ninguna
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
2. Nota terminada |
| 18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i>
0. Ninguno
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales |
| 19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i>
0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir |

Fuente: Rodríguez-Pulido F., González de Rivera F. Escala de Ideación Suicida (Traducción) Medición clínica en psiquiatría y psicología. [Internet] Barcelona: Masson S.A. 2000; p 225-244. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=106>

9.6. ANEXO 6

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

Fuente: Plutchik. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS). [Internet] 1989.

Disponible en:

http://drjosecrespogallardo.weebly.com/uploads/9/7/8/7/9787250/escala_de_riesgo_suicida_de_plutchik__risk_of_suicide_rs_.pdf.

9.7. ANEXO 7

Box 1. SAD PERSONS scale for assessment of suicide risk:

- S Sex (male)
- A Age (< 20 or > 44 years)
- D Depression
- P Previous suicide attempt
- E Ethanol abuse
- R Rational thinking loss (psychosis)
- S Social support lacking
- O Organised suicide plan
- N No spouse (divorced or separated, widowed or single)
- S Sickness (presence of a chronic or debilitating illness)

Each risk factor that is present is accorded a score of 1 point, for a maximum of 10 points.

Patterson et al⁽¹³⁾ recommended:

- Close monitoring for patients with scores of 3 to 4
- To strongly consider hospitalisation for those with scores of 5 and 6
- Hospitalisation for further assessment for patients with scores of 7–10

Note: Regardless of the score obtained, overall clinical assessment is still paramount and the primary care physician should err on the side of caution.

ESCALA SAD PERSONS (Patterson y cols. 1983)

Sexo: los hombres se suicidan y las mujeres hacen más intentos

Aedad: el riesgo aumenta con la edad

Depresión especialmente con desesperanza

Pintentos previos especialmente si han sido potencialmente letales

Eabuso de etanol

Rpérdida del pensamiento racional alucinaciones u obsesiones

Soporte social deficiente

Oplan organizado

Nausencia de compañero o compañera

Senfermedad

Cada respuesta positiva se considera 1 punto

0 a 2: poco riesgo

3 a 4: debe hacerse seguimiento

5 a 6: considerar hospitalización psiquiátrica

7 a 10: alto riesgo debe hospitalizarse

Fuente: Patterson et cols. SAD Person Scale (1983). [Internet]. Disponible en:<http://www.smj.org.sg/article/depression-primary-care-assessing-suicide-risk>.