



**Universidad
Europea VALENCIA**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

La influencia de las variables psicosociales en la conducta
suicida del adulto mayor en centros geriátricos: Una
revisión sistemática.

Por:

JESSICA LÓPEZ FOLGADO

Tutora:

CAROLINA PINAZO CLAPÉS

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Abril de 2023

ÍNDICE

Resumen	3
Palabras clave	3
Introducción	4
Envejecimiento patológico.....	4
Cuidadores.....	5
Personas mayores y residencias.....	5
El suicidio.....	6
La soledad y su impacto en el adulto mayor.....	7
La depresión y la desesperanza en el adulto mayor.....	9
Fragilidad y su impacto en el adulto mayor	11
El impacto del aislamiento durante la COVID-19 en la conducta suicida del adulto mayor.....	13
Justificación	15
Método	16
Objetivos.....	16
Búsqueda inicial	17
Búsqueda sistemática	17
Criterios de inclusión	18
Criterios de exclusión.....	18
Búsqueda manual	19
Resultados.....	20
Discusión	26
Conclusión.....	29
Limitaciones.....	31
Líneas futuras.....	32
Referencias	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diferencias entre solo y soledad	8
Figura 2. Soledad y su impacto en el adulto mayor.....	9
Figura 3. Frecuencia de suicidio y diferencias de sexo	10
Figura 4. Variables en la conducta suicida.....	11
Figura 5. Factores de riesgo psicosociales de la fragilidad	12
Figura 6. Factores de riesgo fisiológicos de la fragilidad	12
Figura 7. Interacción de variables en la ideación suicida	13
Figura 8. N.º de defunciones por suicidio tras la pandemia en adultos mayores	15
Figura 9. Diagrama de flujo.....	20
Figura 10. Características de los estudios revisados	24

Resumen

La presente revisión sistemática tiene el objetivo de estudiar las variables psicosociales que influyen en la conducta suicida de la población adulta mayor en entornos residenciales. Las variables que se han estudiado principalmente son la depresión, la desesperanza, la fragilidad, y la soledad. La revisión se ha llevado a cabo mediante el protocolo PRISMA (2009) combinando los términos “*suicidal behavior*”, y “*elder*”, y “*nursing home*”, en los criterios de búsqueda en las bases de datos de PubMed, Scopus, y ScienceDirect principalmente, y posteriormente en Google Scholar. Tras una exhaustiva revisión se puede observar cómo las variables correlacionan entre sí, cómo influye su correlación en la conducta de las personas mayores, cuáles son las que suponen mayor riesgo para la conducta suicida, y qué otras variables que no se han tenido en cuenta surgen cuando se observa la interacción de las que se están estudiando. Además, se hace una revisión de cuáles de los estudios realizados hasta la fecha tiene en cuenta el aislamiento sufrido durante la pandemia por COVID-19 del año 2020 y su relación con la conducta suicida en el adulto mayor que vive en centros residenciales.

Palabras clave

Conducta suicida, ideación suicida, suicidio, adultos mayores, centros residenciales, depresión, desesperanza, fragilidad, soledad, COVID-19, pandemia, aislamiento, envejecimiento patológico, cuidadores.

Introducción

Envejecimiento patológico

El envejecimiento, descrito por la OMS, (2022), se entiende como un proceso de desarrollo gradual a lo largo del transcurso de la vida, que comienza cuando nacemos, y que conlleva cambios a nivel fisiológico, psicológico, cognitivo, biológico, social y funcional. Este desarrollo no ocurre de manera homogénea, sino que se da de manera distinta en cada persona, dependiendo de diversos factores individuales. Los cambios degenerativos que ocurren en el organismo durante el envejecimiento pueden repercutir en el individuo de una manera negativa, este declive, no está necesariamente vinculado con la edad cronológica de la persona, sino más bien, suele estar asociado a una serie de transiciones vitales o experiencias individuales, a la genética, al contexto social, a la cultura, a las características personales como puede ser el sexo, la etnia, o el nivel socioeconómico, al entorno en el que ha crecido la persona, o incluso a la fase embrionaria, esta última tendría que ver con la predisposición genética (OMS, 2022).

Existen varios criterios para determinar si una persona ha envejecido: el criterio cronológico, es el que indica la edad en relación con el paso del tiempo, está asociado a la jubilación obligatoria, que ocurre en el contexto social. El criterio físico, va en relación con los cambios físicos producidos en el cuerpo de la persona, como la postura, el modo de caminar, las facciones del rostro, el color del pelo, la textura y elasticidad de la piel, la agudeza visual y auditiva, el declive de la memoria tanto a corto, medio y largo plazo, la alteración del sueño, y otros cambios relacionados con las actividades de la vida cotidiana. Por último, el criterio social, el cual está asociado con el rol que la persona ha desempeñado en la sociedad (Esmeraldas et. Al., 2019).

A medida que pasan los años, aumenta la probabilidad de padecer patologías asociadas al área cognitiva, y al área fisiológica; entre estas alteraciones podemos destacar la aparición de una discapacidad. No todas las personas que envejecen padecen una patología. Por ello, hay que distinguir entre el envejecimiento saludable u óptimo y envejecimiento patológico. El envejecimiento óptimo, que es aquel en el que la persona alcanza esta etapa de vida con ausencia de enfermedad o patología, su capacidad funcional está bien conservada, y además, es independiente para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, es decir, no presenta problemas a nivel psicosocial (Esmeraldas et. Al., 2019). El envejecimiento patológico, es aquel en el que el adulto mayor, se encuentra en situación de vulnerabilidad, con la presencia de una discapacidad, en situación de dependencia, con una o varias enfermedades que disminuyen sus capacidades de adaptación, y que son el resultado de problemas

frecuentes de falta de autoestima, aparición de sintomatología depresión, aparición de desorientación y carencia de relaciones sociales, entre otras (Esmeraldas et. Al., 2019).

La sociedad da por supuesto que las personas mayores son por definición frágiles, dependientes, y que como resultado constituyen una carga. Estas actitudes edadistas pueden dar lugar a situaciones de discriminación, y por ello, pueden afectar de manera negativa en políticas de prevención, formación o elaboración de oportunidades para que las personas mayores disfruten de un envejecimiento saludable u óptimo (OMS, 2022).

Cuidadores

Comúnmente se conoce a las personas cuidadoras, como aquellas que atienden o asisten a otra persona en situación de vulnerabilidad, enfermedad, discapacidad o minusvalía. Podemos encontrar que la figura recae tradicionalmente en los familiares, quienes no reciben recompensa económica por realizar tareas relacionadas con el cuidado de la persona, estos son conocidos como cuidadores informales. Los cuidadores formales, por el contrario, si reciben remuneración económica por ofrecer estos servicios. (Salazar-Barajas et al., 2019). Se han encontrado estudios que centran su investigación en la calidad de vida de los cuidadores y las consecuencias que el cuidado de una personas dependiente tiene, sobre la salud del cuidador. En el estudio de Bedoya y Andrea, (2020) se concluye que los cuidadores informales presentan mayor cansancio emocional y despersonalización, que los cuidadores profesionales. Uno de los factores que influyen en la sensación de sobrecarga, es el tiempo que invierte el cuidador informal en su familiar y las consecuencias a nivel emocional que ello conlleva. La diferencia que existe en cuanto a los cuidadores formales, es que éstos deben hacer frente a múltiples estresores de forma similar que los cuidadores informales, pero sin embargo, reciben una compensación económica por prestar estos cuidados, y además, se rigen por unos horarios laborales, este último hecho marca una diferencia considerable en relación con la percepción de calidad de vida (Bedoya y Andrea, 2020).

Personas mayores y residencias

La dependencia se relaciona con las capacidades o discapacidades físicas, psíquicas o intelectuales que tiene una persona. El consejo de Europa considera dependientes a aquellas personas que, por razones asociadas a la falta de capacidades, requieren del cuidado y apoyo de otra personas que las asista para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Esteban y Rodríguez, 2015).

Como se ha comentado en el punto anterior, la responsabilidad de cuidar a las personas mayores ha caído tradicionalmente en las familias y, en especial, en las mujeres, pero los cambios sociales de estas últimas décadas han permitido la creación de políticas sociales que centren sus recursos en la atención y en el cuidado de las personas mayores, y sobre los sistemas de bienestar (Esteban y Rodríguez, 2015). Actualmente en España existen servicios de cuidado que incluye residencias integrales, temporales y sistemas alternativos de alojamiento como son: las vivienda tuteladas, el servicio público de acogimiento familiar, los apartamentos residenciales y otros recursos de carácter residencial (Esteban y Rodríguez, 2015).

Los servicios residenciales nacen como un recurso a nivel social, que facilita la asistencia de personas que tiene problemas de dependencia que aparecen durante el envejecimiento patológico. Estas instituciones están diseñadas para alojar a personas que, por circunstancias de salud, situaciones personales, familiares, y/o económicas requieren de una atención continuada y se ven limitadas para vivir solas en sus casas, sin una asistencia. A lo largo de los años, el modelo de atención en centros geriátricos residenciales ha experimentado notables modificaciones en beneficio a la calidad de vida (Pérez et al., 2017). En los nuevos modelos recientes, las personas pasan a ocupar el protagonismo del cuidado, donde se fomentan los derechos como la dignidad, la privacidad y la autodeterminación (Pérez et al., 2017).

Por ello, resulta de especial interés estudiar, cómo las variables desesperanza, soledad, fragilidad y aislamiento, interfieren en la calidad de vida del adulto mayor y qué influencia tienen en la conducta suicida dentro de los entorno residenciales, ya que la evidencia respalda que, los centros donde se fomenta la autonomía y la socialización de las personas mayores al tiempo que reciben cuidados específicos favorece que los adultos mayores envejeczan de forma positiva y por consiguiente se reduzca la conducta suicida (Díaz et al., 2021).

El suicidio

El acto suicida según la definición de la Organización Mundial de la Salud es un fenómeno complejo y multicausal que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, en este acto influyen factores biológicos, psicológicos, sociológicos, religiosos y culturales, y todos ellos interactúan e influyen en la decisión de consumar el suicidio (Fonseca y Pérez, 2020). Teniendo en cuenta los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), cada año se suicidan cerca de 703.000 personas. De esa cifra, la OMS (2021) aproxima que el 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medios. Lo que nos indica que,

estos suicidios consumados no solo ocurren en países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo y a cualquier edad. Además, los datos arrojados por la OMS (2021) indican que, por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio en la población general, por lo que un intento de suicidio no consumado resulta un factor individual de riesgo muy importante. El vínculo entre suicidio y trastornos mentales, y en especial trastornos depresivos y consumo de alcohol, está comprobado y documentado en países de altos ingresos, se ha demostrado que en muchos casos la ideación y conducta suicida puede darse en personas que viven situaciones de crisis y vulnerabilidad en su vida diaria, situaciones que desbordan a los individuos. Entre esas situaciones, la OMS (2021) destaca las siguientes: vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos, aislamiento, o discapacidades físicas.

De los 703.000 suicidios estimados por la OMS (2021), más del 14% ocurrieron en personas mayores de 70 años. A pesar de las diferencias entre países, los adultos mayores presentan tasas más altas de suicidio que los grupos de edad más jóvenes (Fässberg et al., 2016). Además, el intento de suicidio en ancianos se caracteriza por actos menos impulsivos, niveles más altos de intencionalidad letal y métodos con más éxito (Draper, 2011). La fragilidad física unida al hecho de que los adultos mayores parecen ser más reacios a comunicar su intención suicida, podrían explicar por qué 1 de cada 4 intentos de suicidio tardíos tienen éxito (Fässberg et al., 2016).

La soledad y su impacto en el adulto mayor

La soledad se considera un factor de riesgo para la aparición de trastornos psicológicos y de deterioro cognitivo en la población general, y en especial en la población anciana (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021). Las discapacidades físicas y las enfermedades mentales son desencadenantes del sentimiento de soledad entre las personas mayores, sobre todo si viven solas, esto implica que salud y soledad están asociadas de forma negativa (Palma y Escarabajal, 2019). Es necesario diferenciar entre el sentimiento de soledad, y la experiencia de “estar a solas”. Cuando una persona expresa la necesidad de estar a solas, implica un distanciamiento voluntario del contacto social, mientras que, el sentimiento de soledad implica un estado involuntario subjetivo relacionado con la carencia de afecto y de cercanía deseados. (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021). Estudios plantean que, la soledad y la depresión se retroalimentan, generando un efecto sinérgico difícil de combatir, y como resultado ocasiona un deterioro importante en la persona mayor (Doblas y Díaz-Conde, 2018). Otros estudios afirman que, el aislamiento social tiene mas impacto que la soledad como tal, uno de los eventos más estresantes para la persona mayor es el

fallecimiento del cónyuge, este hecho aumenta de manera significativa el riesgo de suicidio durante el año siguiente (Pitchot, 2014).

Figura 1. Diferencias entre solo y sentimiento de soledad	
Estar solo	Sentimiento de soledad
Distanciamiento social voluntario	Estado involuntario subjetivo
No existe malestar	Carencia de afecto y sentimiento de cercanía a pesar de estar rodeado de gente.
Expresan la necesidad de estar a solas	Evento estresante
Afecto positivo	Depresión y riesgo de conducta suicida
Existe círculo de apoyo social y sentimiento de cercanía.	Deterioro significativo

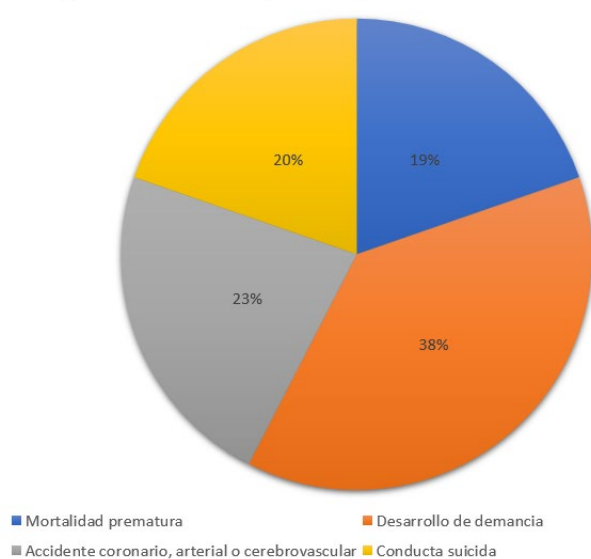
Fuente: elaboración propia.

La soledad, como se ha descrito anteriormente, es un estado psicológico subjetivo que puede incluir sentimientos de desconexión, distanciamiento psicológico, aislamiento, o sensación de no pertenecer o de no aceptarse o ser aceptado. Se ha relacionado en diferentes estudios, con la salud física y mental, sobre todo en personas que viven en residencias de cuidados a largo plazo. Esta asociación entre soledad y múltiples resultados de salud se ha explorado incluso a nivel celular, teniendo como resultado, una afectación del sistema inmunológico que promueve la desregulación e impulsa una inflamación produciendo un exceso de citoquinas (Jaremka et al., 2013), esto tiene como resultado la aparición de deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, agresividad, impulsividad, hipertensión, obesidad, accidentes cerebrovasculares y enfermedades cardíacas (Nia, 2019). El riesgo de percibir la soledad, en adultos mayores, aumenta cuando las relaciones sociales reales no están a la altura de lo que se desea o cuando éstas resultan ser hostiles, ya que tiene una influencia directa (Cacioppo et al., 2015). Un meta-análisis sobre la soledad en residencias de ancianos estimó que alrededor del 61% de los residentes pueden sentirse moderadamente solos y alrededor de un 35% se sienten severamente solos, existe gran variación en las estimaciones entre diferentes estudios dependiendo de la ubicación geográfica, criterios de elegibilidad y el tamaño de la muestra (Gardiner et al., 2020).

En el estudio de Heisel (2019), se afirma que la soledad es una variable predictora del suicidio y la muerte; estiman que hay un aumento del 26% en el riesgo de

mortalidad prematura. Otro meta-análisis ha encontrado que el aislamiento social o la soledad en adultos mayores se asocia a un 50% más de riesgo de desarrollar demencia, un 30% más de riesgo de accidente coronario, enfermedad arterial o accidente cerebrovascular y un aumento del 26% en el riesgo de mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015). Sin embargo, estos datos no están claros, ya que depende de que la muestra sea de adultos mayores que viven en comunidad independientes, o aquellos que viven en entornos de atención a largo plazo.

Figura 2. Soledad y su impacto en el adulto mayor



Fuente: elaboración propia.

La depresión y la desesperanza en el adulto mayor

Beck (2005) define la desesperanza como un constructo psicológico, que se caracteriza por la “*existencia de una expectativa negativa sobre el futuro*”, donde también aparece el sentimiento de inutilidad. Es decir, que aparece una imposibilidad de que se produzcan expectativas esperanzadoras sobre el futuro, y una imposibilidad de establecer soluciones adaptativas ante las dificultades. De este modo, la desesperanza se considera como una experiencia cognitiva guiada por los propios esquemas de pensamiento negativos individuales de cada persona, que llevan a una “*percepción invariable y catastrófica del futuro*” (Beck et al., 2006). Dicho esto, la persona que sufre una desesperanza tiene la creencia de que no va a experimentar sucesos agradables e importantes, o de manera catastrófica, asume que va a sufrir sucesos desagradables. Las personas que están sumidas en la desesperanza, no contemplan la posibilidad de tener más oportunidades tras el fracaso, tampoco de que haya algún cambio en los acontecimientos que les resulte más agradable, o que aparezcan nuevas situaciones positivas. Por tanto, influye de manera significativa en la

motivación y en el desarrollo cognitivo de la persona (Meléndez et al., 2022). En el caso de los adultos mayores, esta desesperanza puede surgir como respuesta a una multitud de cambios que se producen en esta etapa de la vida (asociado a la pérdida de seres queridos, la disminución de los ingresos debido a la jubilación, el empeoramiento del estado de salud, la reducción de su autonomía, el aislamiento social, etc.). Cuando la persona no consigue adaptarse de manera positiva ante sus nuevas circunstancias de vida, y además, es incapaz de afrontarlas como parte del proceso natural del propio envejecimiento, con el tiempo, puede ocasionar en la persona el desarrollo de un trastorno depresivo (Satorres et al., 2018). La desesperanza y la depresión se han visto altamente vinculados en la aparición del sentimiento de soledad (Yanguas et al., 2018).

De acuerdo a lo recogido en diferentes estudios se puede afirmar que, en ancianos, la presencia de trastornos mentales que desencadenan en síntomas depresivos aumentan el riesgo de ideación o conducta suicida (Obuobi-Donkor et al., 2022). La ideación suicida en el adulto mayor no siempre conduce a una conducta suicida directamente, ocurre un proceso previo en el que se describen estos pasos: deseo pasivo de morir, pensamientos suicidas, plan suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. Se ha descrito, que las personas mayores que tienen ideación suicida y además, un plan suicida, cometen con mayor frecuencia suicidio (Borges et al., 2006). Con respecto a la diferencia de géneros, se ha podido observar que las mujeres desarrollan más ideación suicida que los hombres y que estos últimos son los que más intentos de suicidio cometen. (Cabello et al., 2020; y Koo et al., 2022).

Figura 3. Frecuencia de suicidio y diferencias de sexo.

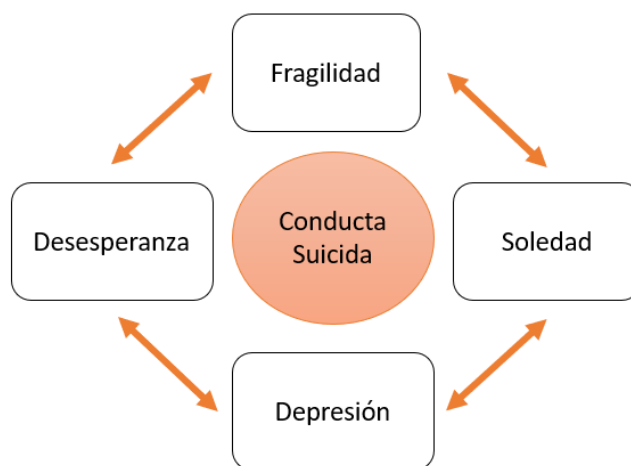


Fuente: elaboración propia

Siguiendo con la línea de investigación, la *American Psychiatric Association* afirma que los trastornos mentales depresivos se caracterizan principalmente por episodios de humor deprimido, pérdida de interés y pérdida de placer por casi todas la

actividades, alteraciones en el apetito o peso, alteraciones en el sueño y alteraciones en las actividades psicomotoras, incluyendo una disminución de energía, sentimiento de inutilidad o sentimiento de culpa, entre otros alteraciones (Gelenberg, 2022). La investigación demuestra que la falta de actividad física está estrechamente relacionada con la presencia de sintomatología depresiva, y a su vez, un alto índice de síntomas depresivos pueden ser explicados por la existencia de carencias sociales (Reicher et al., 2011). Acorde a esta conclusión, en el estudio de Castaño Ramirez et al., (2022) se añade, que la severidad de la depresión correlaciona de forma independiente con mayor ideación suicida, que un menor rendimiento físico está relacionado de forma indirecta con la ideación suicida y que antecedentes de trastornos de ansiedad se asocian de forma significativa con la presencia de esta ideación.

Figura 4. Variables que intervienen en la conducta suicida



Fuente: elaboración propia

Fragilidad y su impacto en el adulto mayor

Otra de las líneas de investigación sobre factores de riesgo en ideación y conducta suicida, figura en torno a la fragilidad del adulto mayor. Este síndrome se caracteriza por la disminución de las reservas de masa muscular, y la reducción de la resistencia a los estresores físicos, que resultan de la disminución de la capacidad de acumulación de múltiples sistemas fisiológicos (Robledo, 2012). La fragilidad tiene una asociación directa y consistente con la edad avanzada, el sexo femenino, la ausencia de estudios, la viudedad y un bajo nivel económico, este dato es respaldado por numerosas publicaciones (Santos et al., 2009). Este síndrome en el adulto mayor va acompañado de un impedimento para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, una pérdida de dignidad y la aparición de miedo a la institucionalización

(Baldwin, 2010). En el estudio de Cortés et al., (2018) concluyen que la fragilidad está asociada con la pérdida de fuerza, fruto de una disminución de la masa muscular, la cual declina aproximadamente en un 3-8% por cada década, este declive inicia a partir de los 30 años, y esta pérdida se acelera de manera progresiva pasados los 60 años. Como contempla el estudio de Cortés et al., (2018), la pérdida de masa muscular causa una reducción en la fuerza, que principalmente afecta a los miembros inferiores, y que a su vez representa una pérdida del equilibrio (Gama y Gómez, 2008), aumentando así el riesgo de caídas, y a su vez, aumentando el riesgo de volverse dependiente, lo que terminaría por desembocar en la muerte del individuo (Magyari et al., 2018; y Padilla et al., 2014).

Figura 5. Factores de riesgo psicosociales de la fragilidad
Edad avanzada
Sexo femenino
Ausencia de estudios
Viudedad
Bajo nivel económico

Fuente: elaboración propia

Figura 6. Factores de riesgo fisiológicos de la fragilidad
Pérdida de masa muscular
Reducción de la fuerza muscular
Pérdida de equilibrio

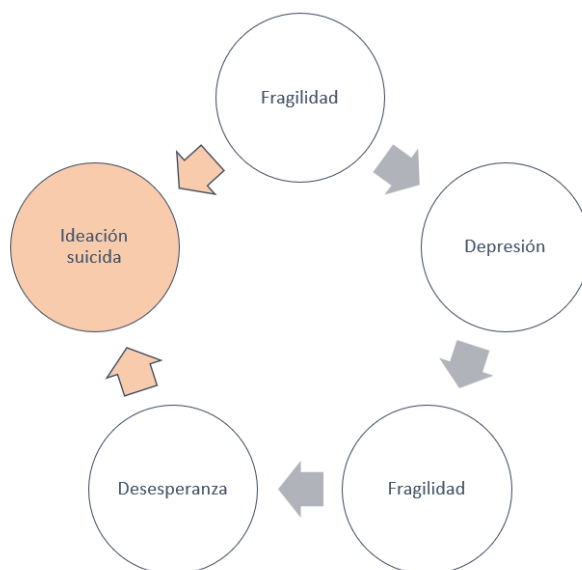
Fuente: elaboración propia

Esta condición tiene implicaciones en la calidad de vida de los adultos mayores, debido a que, constituye un factor de riesgo para la aparición de discapacidad y para mantener un estilo de vida independiente, esto se relaciona directamente con la satisfacción con la vida en general, a mayor independencia mayor satisfacción (Herrera et al., 2017). En el estudio de Soysal et al., (2017), encontraron que los ancianos más frágiles tienen 4,42 veces más de riesgo de desarrollar depresión o sintomatología depresiva, en comparación con los adultos mayores no frágiles, y los ancianos

deprimidos; además, describieron que el 38,6% de los ancianos con mayor fragilidad tenían depresión y el 40,4% de los ancianos deprimidos eran frágiles.

Por tanto, se puede considerar que la fragilidad constituye un problema multifactorial y multicausal, que agrava el estado de salud del adulto mayor, provocando que la persona caiga en un estado deprimido (Castañeda et al., 2022) y esto se relaciona de forma estadísticamente significativa con la ideación suicida (Bickford et al., 2021).

Figura 7. Interacción de variables que influyen en la ideación suicida



Fuente: elaboración propia

El impacto del aislamiento durante la COVID-19 en la conducta suicida del adulto mayor

No podemos dejar de lado el impacto psicológico, económico y social que causó la pandemia en las personas. La ideación suicida, la conducta suicida, las conductas autolesivas y las limitaciones sociales, han sido el resultado directo e indirecto de los efectos de la pandemia sufrida durante el año 2020, esto ha significado ser un dato de importante preocupación en la salud pública general (Farooq et al., 2021).

Se ha podido observar en algunos estudios, que las condiciones sociales (Makaraet al., 2021), en especial el aislamiento ocurrido durante el estado de alarma (Asthana et al., 2021) pudo ocasionar en las personas mayores un empeoramiento en su percepción de calidad de vida, y con ello, aumentó el riesgo de que desarrollaran sintomatología depresiva, asociada a ideación suicida y por consiguiente al suicidio.

Desde el inicio de la pandemia, han sido numerosos los estudios que realizaron una previsión en el aumento en las tasas de suicidio en la población general, han tenido en cuenta una serie de problemáticas, que de manera inevitable, derivaron de las

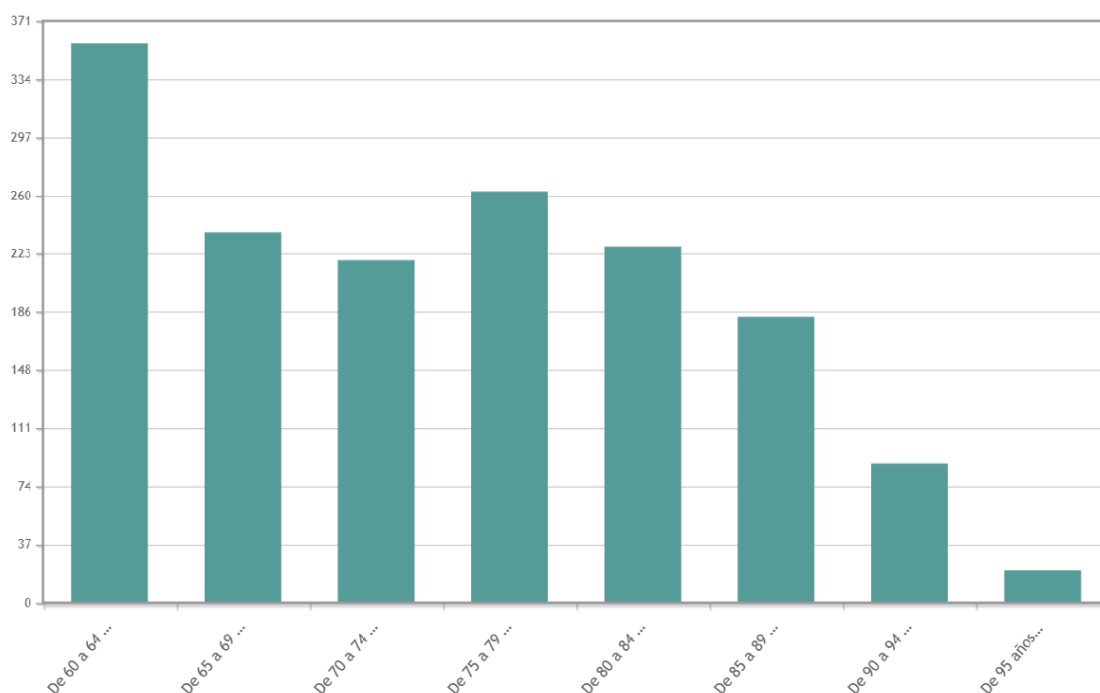
restricciones impuestas y del aislamiento sufrido (Jerónimo et al., 2021). En España, se impusieron fuertes restricciones en centros geriátricos, para tratar de contener la el virus de la COVID-19. Las medidas más drásticas se impusieron, sobre todo, durante la primera ola. Estas medidas se iniciaron el día 14 de marzo del 2020, donde según fuentes informativas y el Boletín Oficial del Estado (BOE), (2020) , “se cerraron locales y establecimientos minoristas, dejándo en funcionamiento los servicios básicos de alimentación, bebidas, productos y bienes de primera necesidad, farmacias, médicos, ópticas y ortopédicos, productos higiénicos, prensa y papelería, combustible, estancos, equipos tecnológicos y de telecomunicaciones, alimentos para animales de compañía, comercios de internet, correspondencia, tintorerías y lavanderías”.

Las residencias y centros sociosanitarios fueron los recursos más vulnerables durante la pandemia. Fue de vital importancia que estos centros pusieran en marcha protocolos sanitarios, su principal objetivo era mantener a salvo el colectivo de la tercera edad, principalmente para controlar la salud de personas en situación de riesgo sanitario. Estos protocolos fueron emitidos por el Ministerio de Sanidad el día 24 de marzo del 2020. En ellos se incluía la medida de aislamiento de los casos positivos, es decir, aquellas personas que hubiesen dado positivo en la enfermedad, quedaban aisladas en su habitación, y únicamente se podía entrar con equipos de protección sanitaria. Esto supuso un empeoramiento en la calidad de vida de los residentes, en especial, de aquellos que padecían algún tipo de deterioro cognitivo y otras patologías (Russo et al., 2021). Este colectivo suele tener menos flexibilidad cognitiva para adaptarse rápidamente a una situación tan dinámica como lo fue la pandemia. Los familiares, trataron de no visitarlos con el objetivo de reducir el riesgo de contagio. Esta situación, junto con desbordamiento en el sistema sanitario provocado por el creciente aumento de casos positivos durante las primeras semanas del brote epidémico, obligó a la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología a poner en marcha protocolos de actuación en referencia a cuestiones éticas y clínicas para la toma de decisiones en entornos residenciales. La máxima prioridad era evitar que la edad supusiera un factor negativo a la hora de ofrecer atención, cuidado y recursos (Gómez et al., 2020).

En el estudio de Jerónimo et al., (2021) se concluye, que durante la pandemia por COVID-19 en comparación a los dos años previos, la conducta suicida ha aumentado. Estudios hechos en China muestran, que durante el periodo de confinamiento sucedido durante la pandemia sufrida en el año 2020, hubo una disminución de ideas de suicidio e intentos de suicidio, pero por otro lado, surgió otro dato alarmante en el periodo posterior al aislamiento domiciliario. Se vio un aumento progresivo en la ideación suicida y la conducta suicida en la población general. En este

estudio, lo relacionan con los cambios que se realizaron en el estilo de vida, y uno de los cambios que arrojan datos más alarmantes es el aumento del consumo de alcohol durante la pandemia, lo que se relaciona directamente con un mayor riesgo de desarrollar trastornos o enfermedades relacionadas con la salud mental, algunos de los cambios significativos tienen que ver con un bajo estado de ánimo, la aparición de ansiedad, aparición de trastornos relacionados con el sueño y un aumento de comportamientos suicidas (Xu et al., 2021).

Figura 8. Número de defunciones por suicidio tras la pandemia de adultos de 60 años en adelante.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2023).

A pesar de la evidencia acumulada acerca del impacto negativo que tiene la soledad y el aislamiento en la salud general de las personas, continúan siendo necesarios más estudios en la población adulta mayor que vive en entornos de cuidado a largo plazo, ya que la mayoría de los estudios llevados a cabo son con menores y adultos jóvenes (Loades et al., 2020).

Justificación

Tras hacer este planteamiento inicial en referencia a la conducta suicida, podemos observar que existen variables que han demostrado ser un problema significativo para la calidad de vida del adulto mayor en entornos residenciales, independientemente del país donde se haya realizado el estudio. Las variables depresión, soledad, desesperanza, fragilidad, el entorno residencial, y la calidad del

cuidado, resultan ser factores importantes a la hora de predecir la conducta suicida del adulto mayor.

En la presente revisión sistemática se plantea hacer una revisión exhaustiva de la bibliografía existente sobre las variables psicosociales en entornos residenciales. El objetivo es demostrar la interacción, la influencia, la aparición de nuevas variables, y su impacto en la conducta suicida del adulto mayor en entornos de cuidado a largo plazo. De esta manera se pretende que futuras investigaciones puedan seleccionar nuevas variables a estudiar, o incluso, realizar formaciones para prevenir la conducta suicida del adulto mayor en estos contextos, prestando especial atención a aquellas variables que causen mayor impacto y a aquellas que puedan ser un factor protector importante para prevenir la aparición de dichas conductas.

Método

En este trabajo se ha procedido a llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en relación a la conducta suicida y la importancia del contexto psicosocial en adultos mayores en centros residenciales de cuidados a largo plazo. Para su elaboración, se han seguido las directrices de la declaración PRISMA.

La declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), se publicó en 2009, y se diseñó para ayudar a los autores de revisiones sistemáticas a documentar de manera transparente información sobre el motivo de la realización de la revisión, qué procedimientos han utilizado para llegar a la conclusión y detallar qué resultados han encontrados. Además, incluye una guía de presentación de las publicaciones, en ella se refleja los avances en los métodos para identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar los estudios que se están revisando (Page et al., 2021). La estructura y la presentación de los ítems se ha modificado para facilitar su integración y comprensión durante la lectura del presente trabajo. A continuación, en este artículo, se presenta la lista de verificación PRISMA 2020, donde se detalla el proceso de elaboración en sus distintas fases.

Objetivos

1. El objetivo principal de la presente revisión sistemática es dar a conocer, a partir de los estudios previos, la importancia del contexto psicosocial del adulto mayor en residencias de cuidados a largo plazo.

Como objetivos secundarios:

- 1.1. La soledad como factor de riesgo en la conducta suicida.
- 1.2. Influencia de las redes de apoyo social en la conducta suicida.
- 1.3. La fragilidad como variable predictora de la conducta suicida del adulto mayor.
- 1.4. Factores protectores para la conducta suicida en entornos residenciales.
- 1.5. Sintomatología depresiva como factor de riesgo para la desesperanza.
- 1.6. El impacto del aislamiento sufrido durante la pandemia del año 2020 en la ideación suicida en mayores en centros residenciales.

Búsqueda inicial

Las primeras búsquedas se realizaron en enero de 2023 combinando los términos “*suicidal behavior*”, y “*elder*”, y “*nursing home*”, en las bases de datos de PubMed, Scopus, y ScienceDirect, posteriormente, se amplió con la combinación de operadores booleanos AND, OR y NOT según convenía, de los siguientes términos “*long-term care*”, “*social isolation*”, “*loneliness*”, “*Covid-19*”, “*less social contact*”, “*self care*”, “*hopelessness*”, “*fragility*”, “*suicide*”, “*systematic review*”, “*older adults*”. Estas búsquedas arrojaron una cantidad considerable de resultados, muchos de ellos repetidos o poco útiles para la presente revisión, pero esa primera búsqueda dio una visión global de la temática en cuestión y permitió comprobar que, se estaban empezando a realizar estudios relacionados con los adultos mayores y el aislamiento producido en la COVID-19, además de mostrar resultados en referencia a la conducta suicida del adulto mayor en residencias de cuidados a largo plazo.

Debido a que los resultados arrojados por Scopus fueron muy escasos, y nada significativos, ya que no aportaban ningún estudio relacionado con el objetivo del presente trabajo, se decidió eliminar de la búsqueda sistemática.

Búsqueda sistemática

La búsqueda sistemática se realizó durante el mes de febrero del 2023, en los buscadores de PubMed, y ScienceDirect, acotando los resultados a las publicaciones realizadas desde 2013 (incluido), hasta la actualidad.

La combinación de términos y operadores booleanos que aportó mejores resultados en ambos buscadores fue la siguiente: ((*suicidal behavior*) AND (*nursing home*) AND (*elder*) AND (*loneliness*) OR (*social isolation*) OR (*hopelessness*) OR (*fragility*) NOT (*dementia*) NOT (*young people*) NOT (*illness*)).

Concretamente, se obtuvieron 76 resultados en ScienceDirect y 214 resultados en PubMed. Antes de la selección de los artículos, se definieron los criterios de inclusión y de exclusión, para acotar las búsquedas, ya que la cifra de estudios era muy elevada.

Criterios de inclusión

- Tratarse de estudios de investigación empírica, revisión sistemática, y metanálisis.
- Estudios hechos por profesionales de ciencias sociales, de la salud y psicología
- Que estuviese disponible el texto completo.
- Que hable de conducta suicida en adultos mayores y en entornos geriátricos.
- Que relacionen la conducta suicida con variables como la soledad, la fragilidad, la desesperanza y el aislamiento social en adultos mayores y en entornos geriátricos.
- Que relacionen el aislamiento social sufrido por la COVID-19 con la conducta suicida en adultos mayores y en entornos geriátricos.
- Que se hayan publicado entre 2013 y 2023, ambos inclusive.
- Estudios con adultos mayores de 60 años (inclusive).

Criterios de exclusión

- Los libros y documentos, los ensayos clínicos y los ensayos de control aleatorio.
- Los estudios realizados con adolescentes y adultos jóvenes.
- Los que estudian la conducta suicida en entornos no geriátricos.
- Los que estudian la conducta suicida en personas cuidadoras.
- Los estudios realizados con personas con la enfermedad de Alzheimer o algún deterioro neurodegenerativo.
- Los estudios realizados con pacientes con dolor crónico y otras enfermedades.

Según estos criterios de inclusión y exclusión seleccionados, sólo con una primera lectura del título, y tras revisar que no hubieran duplicados entre las bases de datos, se han considerado adecuados para continuar 32 artículos. Para la siguiente fase, se procedió a leer el resumen y, a partir de esta lectura, se descartaron 30, a continuación detallo los motivos por los que se decidió excluir estos artículos.

(N=11) por centrarse en las variables soledad, aislamiento social y fragilidad en el adulto mayor, sin tener en cuenta la conducta suicida; (n=6) por tratar la soledad y la calidad de vida durante la pandemia y relacionarlo con una peor calidad de vida o mortalidad debido a los síntomas de la enfermedad COVID-19; (n= 1) por centrarse en la importancia de las videollamadas en la intervención para la soledad en entornos

geriátricos, sin tener en cuenta la conducta suicida; (n=4) por tratarse de estudios dirigidos al índice de mortalidad debido a la fragilidad y baja actividad física, sin tener en cuenta la conducta suicida; (n=6) por tratarse de estudios realizados en comunidades o entornos rurales y no en centros geriátricos; (n=1) por tratarse de un fragmento de libro publicado como artículo; (n=1) por tratarse de un estudio realizado con personas menores de 60 años.

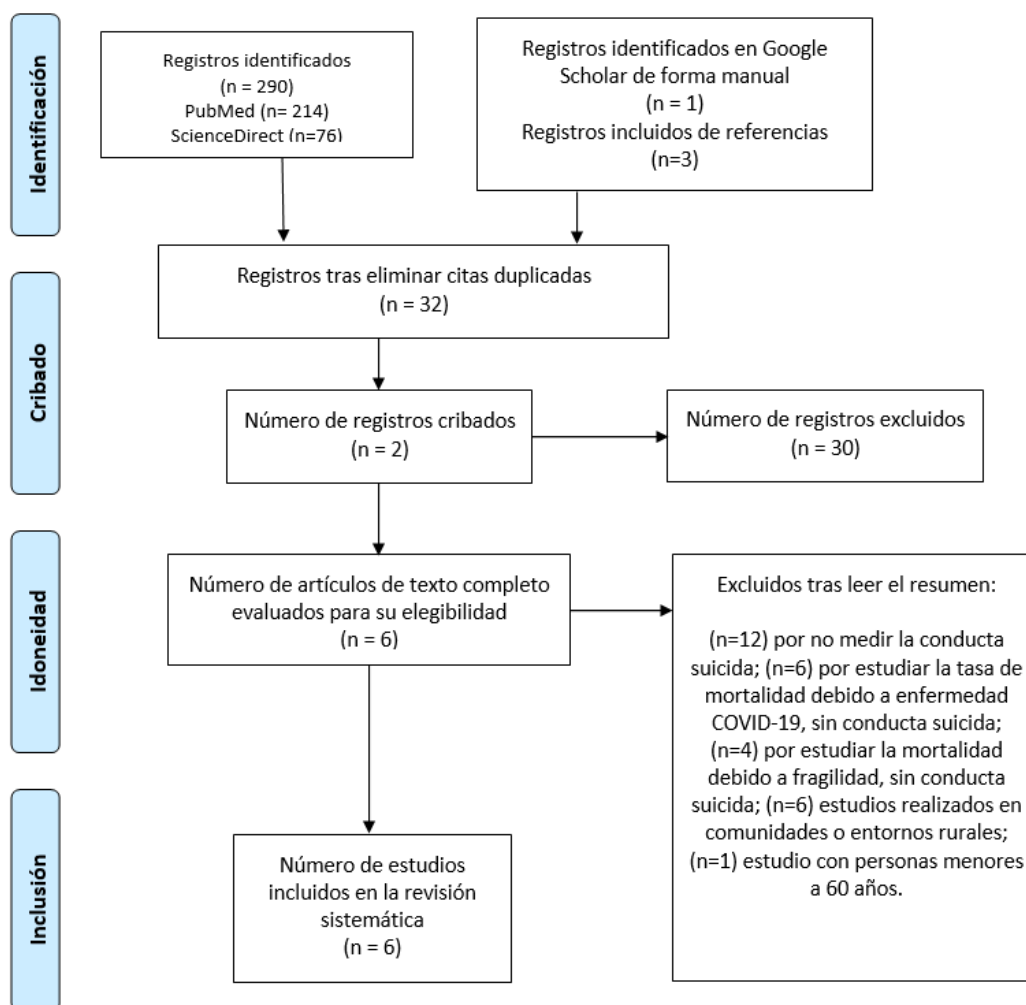
Finalmente, tras la fase de exclusión, se pudieron incluir 2 artículos publicados entre 2013 y 2023 (ambos inclusive), para llevar a cabo la revisión sistemática. Todos ellos relacionaban las variables soledad, fragilidad, y desesperanza con la conducta suicida del adulto mayor, todos tenían en cuenta al adulto mayor en contextos de cuidado a largo plazo, en concreto centros residenciales, y además, añadían otras variables psicosociales, como las instalaciones de los centros residenciales, la religión, la percepción de bienestar, la calidad de vida, el historial familiar de conducta suicida, el sexo y el aislamiento en contextos geriátricos tanto en el período sufrido durante la pandemia del 2020, como en períodos anteriores.

Búsqueda manual

En la siguiente fase, se ha procedido a aplicar el cribado, tras esta aplicación se ha podido seleccionar 2 estudios, de ellos se ha procedido a realizar una lectura en profundidad. Tras esta lectura y basándome en las referencias incluidas en los mismos estudios, se incluyeron 3 artículos, del año 1990, 2000 y 2006, que no entraban en el rango establecido desde un primer momento (2013 hasta la actualidad), pero se decidió incluirlos, ya que se consideró que habían escasos estudios en la actualidad y éstos arrojaban datos de interés relevante.

Por último, se utilizó el buscador de Google Scholar con diferentes combinaciones de los términos y operadores booleanos, anteriormente mencionados, para comprobar si podía haber quedado fuera de la búsqueda de la primera fase, algún artículo que debiera ser incluido. Estas búsquedas revelaron un artículo más que arrojaba datos de interés y que podía ser incluido en la presente revisión sistemática para poder añadir mayor información, ya que con solo 2 artículos quedaba escaso. Finalmente, se han incluido 6 artículos empíricos en la revisión sistemática publicados entre 2013 y la actualidad, se han añadido 3 artículos de años comprendidos en 1995, 2000 y 2006, ya que en la actualidad no se han encontrado publicaciones que resulten relevantes para el trabajo. Todos los estudios incluidos están escritos en lengua inglesa, a excepción de uno que está escrito en portugués.

Figura 9. Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia a partir de Moher D. et al. The PRISMA Group (2009).

Resultados

Para facilitar la lectura de este apartado se ha decidido dividirlo según los objetivos planteados anteriormente. Se ha estructurado siguiendo el orden y la agrupación pertinente para facilitar la lectura, tratando de que haya una integración adecuada que permita la comprensión de los resultados obtenidos. Se puede consultar una síntesis de los resultados en la tabla incluida más abajo.

1. Objetivo principal

En prácticamente la mayoría de los estudios, se observa que, en los adultos mayores, el factor de riesgo incrementa cuando existe interacción entre soledad, aislamiento y disminución de las capacidades motoras, es decir, que cuando la persona mayor siente que sus capacidades físicas disminuyen y pierde independencia para

realizar actividades básicas para la vida diaria, surge la sintomatología depresiva, esto a su vez, hace que se aislen de su entorno, que incrementa el sentimiento de soledad y además, que se sientan vulnerables si piden ayuda, por lo que terminan teniendo mayor desesperanza y por consiguiente, conductas suicidas.

Los resultados obtenidos arrojan evidencia de que existe una interacción directa entre depresión, desesperanza, soledad y fragilidad en la conducta suicida del adulto mayor. Además se observan otros factores de riesgo en relación a las condiciones de vida dentro de los centros residenciales que demuestran ser relevantes en la ideación suicida, y una relación directa entre factores genéticos y conducta suicida. No se ha podido demostrar con resultados significativos el efecto de la resiliencia en la fragilidad del adulto mayor y tampoco se ha podido demostrar una diferencia significativa en relación al sexo y cultura.

1.1. *La soledad, depresión y desesperanza en la conducta suicida.*

La mayoría de los estudios parece señalar que, como ya se había comentado anteriormente, la depresión es un factor de riesgo elevado para la conducta suicida en las personas, esta conclusión se alcanza en el estudio de Lapane et al. (2022), donde se estudia la sintomatología depresiva como predictor del aislamiento social y a su vez esto se relaciona con mayor desesperanza y mayor ideación suicida, en concreto demuestran, que la soledad está relacionada con la salud mental (p. ej., depresión, ideación suicida) y con la salud física (p. ej., fragilidad). En el estudio de Vinagre et al., (2021) también destacan que la depresión y las enfermedades incapacitantes y el dolor, son los principales factores de riesgo en la conducta suicida del adulto mayor. En este estudio destaca una mayor conducta suicida en la franja etaria de 75-79 años, el 18,7% en la franja etaria de 70-74 años, y el 6,3% en la franja etaria de 65-69 años.

Los resultados de Wang et al., (2020) muestran que el efecto de las limitaciones en las actividades básicas para la vida diaria (ABVD) y los síntomas depresivos sobre la conducta suicida, varía junto con los cambios en la resiliencia, es decir, una resiliencia más fuerte predice un efecto negativo más débil en las limitaciones de las ABVD y los síntomas depresivos sobre la conducta suicida, lo que sugiere la importancia de la construcción de la resiliencia. Wang et al., insiste en que es difícil eliminar totalmente el impacto de las limitaciones de las ABVD y los síntomas depresivos directamente en los residentes de residencias de ancianos. Concluyen que, realizar un estudio en el que se separen las limitaciones de las ABVD de la sintomatología depresiva, es muy costosa y suele requerir muchos más esfuerzos adicionales.

1.2. Factores protectores

En el estudio de Vinagre et al., (2021) demuestra en cuanto a los factores de protección, el apoyo de amigos y familiares, la satisfacción con la vida y un mayor control interno ante las dificultades, esto ayuda a minimizar la ideación suicida y el intento de suicidio; así como los factores organizativos, las condiciones del centro residencial, el ambiente de trabajo, la formación del personal en prevención de la conducta suicida, la comunicación entre los empleados y los cambios en el entorno pueden prevenir el suicidio, ya que, todo ello actúa como factor de riesgo en el momento en el que las instalaciones están desmejoradas, el ambiente de trabajo es hostil, la organización está desestructurada e incluso, cuando el aspecto del centro se asemeja a un hospital. Vinage et al., (2021) también observan las creencias religiosas como factor protector en la conducta suicida, esto tiene que ver con el grado de aceptación de su condición de vida. Cuando existe un locus de control externo, la persona asume que lo que le ocurre está escrito en el destino, se debe a su suerte o porque así lo cree una divinidad. Por un lado, se observa cómo actúa como factor protector cuando se asume que “Dios lo ha querido así”, pero también se observa cómo el locus de control externo actúa como factor de riesgo cuando la persona adquiere un estado de indefensión aprendida, en el cual, la persona cree que es incapaz de cambiar las cosas, es en este momento, cuando el adulto mayor entra en estados depresivos, desesperanza y finalmente conducta suicida.

Menghini y Evans, (2000) estudiaron la conducta suicida desde una perspectiva genética, encontraron que a mayor antecedentes familiares de conducta suicida, mayor era la probabilidad de conducta suicida en sus descendientes, por lo que la genética actúa como factor de riesgo y factor protector, si se tiene en cuenta la capacidad de resiliencia. Wang et al., (2020) concluyen en su estudio, que el efecto moderador de la resiliencia como factor protector desde la perspectiva de la psicología positiva, abre una nueva vía para la prevención del suicidio entre los residentes de residencias de ancianos. En el estudio de Menghini y Evans, (2000) se destaca que el suicidio y los intentos de suicidio es probable que no se reconozcan ni se denuncien, además parece actuar como factor de riesgo para la conducta suicida, el hecho de haber sido recientemente admitidos en las instalaciones.

Al contrario que en el estudio de Menghini y Evans, (2000), y Wang et al., (2020), en el estudio de Haight, (1995) se observó en su momento, que la educación, la presencia de familiares, las finanzas, el autoinforme de salud, y la mayoría de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cardiopatías y cáncer) resultaron ser

indicadores no significativos como factores protectores en la conducta suicida del adulto mayor.

En el estudio de Wang et al., (2020) se demuestra cómo la percepción de autoeficacia y autosuficiencia influye en la conducta suicida del adulto mayor. Cuanto más frágil se siente la persona, mayor aislamiento, mayor sentimiento de soledad y finalmente mayor conducta suicida. Wang et al., (2020) también trata de investigar si la resiliencia influía en aumentar la autoeficacia para realizar actividades básicas de la vida diaria en personas con un alto grado de fragilidad, pero no se obtuvieron resultados concluyentes.

1.3. *La fragilidad como variable predictora de la conducta suicida del adulto mayor.*

En la investigación de Scocco et al., (2006) se demuestra que el método más elegido por residentes de los centros geriátricos para cometer el acto suicida es saltar por las escaleras o colgarse. También encuentran una relación directa entre fragilidad y movimiento limitado con mayor ideación suicida.

Wang et al., (2020) demuestra que las limitaciones en las actividades básicas para la vida diaria y la fragilidad actúan como factor de riesgo en la aparición de sintomatología depresiva, ya que estas limitaciones resultan ser una característica física simbólica e irreversible asociada al envejecimiento patológico y la degeneración, y es la principal causa de síntomas depresivos en los adultos mayores ingresados en residencias geriátricas.

En el estudio de Menghini y Evans, (2000) se destaca que los métodos de suicidio difieren entre los residentes con las personas mayores que viven en la comunidad, lo que probablemente refleja restricciones ambientales y limitaciones físicas.

1.4. *Influencia de las redes de apoyo social y su impacto en la conducta suicida.*

Por último Haight, (1995) demuestra que el apoyo social significativo es un factor protector contra la ideación suicida y la conducta suicida del adulto mayor, a la vez que un ambiente hostil puede resultar un factor de riesgo para la ideación suicida. Llegan a la conclusión de que la red social de apoyo y el sentimiento de pertenencia es muy importante en estas etapas de vida. Afirman que la conectividad social, y la relación que las personas tienen con los demás, contribuye a prosperar en las residencias de ancianos. La falta de conexión social conduce al aislamiento y a la soledad. No

encontraron diferencias significativas de sexo en cuanto a ideación suicida, resultó ser más importante el sentimiento de desesperanza como predictor de la conducta suicida.

1.5. El impacto del aislamiento sufrido durante la pandemia del año 2020 en la ideación suicida en mayores en centros residenciales.

No existen estudios en España que relacionen la conducta suicida del adulto mayor con el aislamiento sufrido durante el estado de alarma del año 2020. Podemos encontrar alguna mención al aislamiento del mayor y su impacto en la calidad de vida en los estudio de Vinage et al., (2021) y Lapane et al., (2022).

Figura 10. Características de los estudios revisados

Autor/es	Muestra y Metodología	Estudio	Resultados
Lapane et al., 2022	Revisión sistemática de estudios cualitativos y cuantitativos sobre la asociación de la soledad con la conducta suicida de los adultos mayores en centros geriátricos	VI. Soledad, estados de salud, interacciones sociales. VD. Conducta suicida	↑Soledad y aislamiento social, ↑ depresión y ↑ ideación suicida.
Vinage et al., 2021	Revisión sistemática sobre el comportamiento suicida en ancianos residentes de instituciones de atención a largo plazo.	VI. Factores de riesgo, factores de protección, factores organizativos. VD. Conducta suicida	creencias religiosas ↑ protección contra conducta suicida↑. Peor ambiente en la organización, conducta suicida↑. aislamiento↑, conducta suicida↑.

Wang et al., 2020	538 residentes de 37 residencias de ancianos de 7 distritos con diferentes niveles socioeconómicos del este de China	VI. resiliencia, síntomas depresivos y ABVD limitadas. VD. Ideación suicida	síntomas depresivos ↑, ideación suicida↑. limitaciones de ABVD ↑, síntomas depresivos ↑, ideación suicida↑. No hay resultados concluyentes que relacionen la resiliencia con ↓ efectos de las limitaciones de las ABVD.
Menghini y Evans, 2000	Estudio de cohorte retrospectivo en residentes del geriátrico NH.	VI. sexo, edad, duración en la residencia, funciones cognitivas, depresión, decline físico, métodos de suicidio. VD. Conducta suicida o suicidio consumado.	síntomas depresivos ↑, ideación suicida↑. Historial de conducta suicida en la familia ↑, ideación suicida↑. Decline físico↑, ideación suicida↑.
Scocco et al., 2006	Estudio prospectivo de cohorte con 26875 residentes de un geriátrico de Italia, mayores de 65 años.	VI. Gerentes de residencias, residentes, características de la residencia, características de los residentes, suicidios	El método de suicidio más comun en residentes fue colgarse o saltar.

		consumados, métodos de suicidio, sexo y edad. VD. Conducta suicida.	Impedimento físico↑, conducta suicida↑.
Haight, 1995	Estudio de 99 residentes de instituciones geriátricas sobre la asociación de variables como desesperanza, depresión, bienestar y satisfacción vital en la ideación suicida.	VI. Desesperanza, depresión, bienestar, satisfacción vital. VD. Ideación suicida	Las diferencias de sexo no arrojaron resultados significativos. apoyo social significativo para la persona↑, ideación suicida ↓. Desesperanza ↑, ideación suicida ↑.

Fuente. Elaboración propia

Discusión

Se ha decidido agrupar la discusión en apartados, según los objetivos planeados anteriormente, en el orden que se ha considerado pertinente para una mejor comprensión. Para ello, se han tenido en cuenta los artículos revisados en el apartado de marco teórico y los artículos que se han seleccionado en la presente revisión sistemática.

1. Factores protectores y soledad

Según la OMS (2022), los cambios degenerativos que ocurren en el organismo durante el envejecimiento pueden llegar a repercutir de manera negativa en el individuo, y esto está vinculado a características como transiciones vitales, genética, entorno físico y social, la comunidad, las características personales como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico, el entorno en el que vivía durante la niñez, o incluso la fase embrionaria. Esto queda respaldado por estudios como el de Menghini y Evans, (2000) en el que demuestran que sí existe una predisposición genética en la aparición de la conducta suicida y estudios como el Esmeraldas et. Al., (2019) que relacionan un

envejecimiento patológico con el desarrollo de varias enfermedades de base, crónicas y evolucionadas que disminuyen las capacidades de adaptación de los adultos mayores, y son el resultado de problemas frecuentes de autoestima, depresión, desorientación y relaciones sociales entre otras.

En estudios como el de Díaz et al., (2021) añaden además, la importancia de las condiciones de vida dentro de los centros residenciales como variable a estudiar, ya que en dicho estudio demuestran que las condiciones psicosociales actúan como factor de riesgo y factor protector de la sintomatología depresiva, y queda demostrado a su vez, que puede tener una relación directa con la ideación suicida. Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, (2021), destacan la importancia de diferenciar cuando una persona expresa la necesidad de estar a solas, y cuando existe un sentimiento de soledad involuntario y subjetivo relacionado con la carencia de afecto y de cercanía deseados. El desconocimiento por parte de los cuidadores de esta diferenciación, también se puede observar que actúa como factor de riesgo en la conducta suicida del adulto mayor. Vinage et al., (2021) y Díaz et al., 2021 estudian la importancia del contexto residencial en la influencia de la calidad de vida de los usuarios. Tienen en cuenta si la disposición de las salas y los cuartos en los centros residenciales influyen de manera negativa, pero tampoco existen datos significativos que lo relacionen de manera directa con la conducta suicida del adulto mayor.

2. *Locus de control, depresión y desesperanza*

La sintomatología depresiva es una variable muy estudiada en diferentes grupos de edad de la población en general. En estudios como el de Baldwin, (2010); Yanguas et al., (2018); Satorres et al., (2018); Fässberg et al., (2016) y otros; relacionan la depresión directamente con sentimientos de soledad, aislamiento, indefensión aprendida (fruto de un locus externo), fragilidad y desesperanza. Satorres et al., (2018). Indica en su estudio, que la desesperanza puede surgir como una respuesta a una multitud de cambios que se sufren en esta etapa de la vida (una pérdida de seres queridos, una disminución de los ingresos debido a la jubilación, un empeoramiento del estado de salud debido al proceso natural de envejecimiento, una reducción de su autonomía debido a patologías e incluso fragilidad, un aislamiento social, etc.). Esto se ha vinculado con la indefensión aprendida, esto quiere decir, que la persona no consigue adaptarse de manera positiva ante las nuevas circunstancias vitales y son incapaces de afrontarlas como parte del proceso natural del desarrollo. Esto deja muestra de que durante el envejecimiento, uno de los factores protectores que no se está teniendo en

cuenta para el estudio es la capacidad de adaptación del individuo al entorno, y esto tiene relación con el locus de control interno.

3. Factores psicosociales a tener en cuenta

Fässberg et al., (2016) estudia las tasas de suicidio de los diferentes grupos de edad y encuentra que los grupos de edades de 60 años o más presentan tasas de suicidio más elevadas con respecto a grupos de edades inferiores; Además, Draper, (2011) añade, que el intento de suicidio en ancianos se caracteriza por actos menos impulsivos, niveles más altos de intencionalidad letal y métodos con más éxito. A pesar de las evidencias que existen, Scocco et al., (2006) es de los pocos estudios revisados en el presente trabajo, que se ha encontrado en relación a los métodos de suicidio utilizados por los adultos mayores en contextos residenciales.

En el estudio realizado por Haight, (1995) no se ha podido demostrar con datos significativos que el sexo actúa como variable a tener en cuenta en relación a la conducta suicida. Para Menghini y Evans, (2000) existe un locus de control externo y una predisposición genética en la aparición de la conducta suicida, sin embargo, no tienen en cuenta si el locus de control interno actúa como factor protector de la persona. Vinage et al., (2021) estudian la variable “creencias religiosas” como factor protector para la conducta suicida, pero no arroja datos significativos en relación a la ideación suicida.

4. Fragilidad

Según el estudio de Santos et al., (2009), la fragilidad tiene una asociación consistente con la edad avanzada, el sexo femenino, la ausencia de estudios, la viudedad y un bajo nivel económico, numerosos artículos ponen de relieve la importancia de estas variables psicosociales. Pero las conclusiones no arrojan evidencia de que estas variables sean predictoras de la conducta suicida del adulto mayor, o si la fragilidad influye de manera negativa cuando la persona tiene un locus de control interno, ya que los datos arrojados en los estudios encontrados estudian la variable fragilidad en un contexto en el que la persona desencadena sintomatología asociada a la desesperanza y la depresión. En estudios como el de Herrera et al., (2017) se resalta la importancia de mantener un estilo de vida independiente, es decir, mantener una actividad física moderada, y realizar actividades que faciliten la satisfacción con la vida en general. Sin embargo, a pesar de la evidencia, en muchos centros residenciales, no se fomenta la autonomía e independencia de la persona.

5. *Pandemia del año 2020*

Tampoco podemos dejar de lado, la poca evidencia que existe entorno al aislamiento sufrido por la pandemia que tuvo lugar en el 2020 en los adultos mayores que vivían en centros residenciales. No se han encontrado resultados significativos que relacionen el aislamiento sufrido en este período con un incremento en la conducta suicida del adulto mayor. El estudio de Xu et al., (2021), relaciona este incremento en la ideación y conducta suicida con los cambios sufridos en el estilo de vida y el aumento del consumo de alcohol durante la pandemia, con un mayor riesgo de síntomas que afectan directamente a la salud mental, como por ejemplo: el bajo estado de ánimo, la ansiedad, y el insomnio que desencadenan posteriormente un aumento proporcional de la conducta suicida. Si que se han encontrado estudios, como el de Jerónimo et al., (2021), que relacionan el sentimiento de soledad sufrido durante este evento con un aumento de la sintomatología depresiva y un aumento en la ideación suicida en el adulto mayor, pero estos estudios fueron realizados en China, por lo que falta investigar este evento en centros residenciales españoles.

Conclusión

Para concluir, se ha considerado pertinente realizar una reflexión dividida en apartados, para facilitar al lector la comprensión de los puntos clave que se han obtenido con la presente revisión sistemática.

Independencia en el adulto mayor

Algunas de las cuestiones que se me plantean al terminar esta revisión sistemática, es que faltan estudios con población española, ya que los estudios que se han comparado en la presente revisión están realizados fuera de España con población no española. Se requieren más estudios que demuestren cómo de importante es trabajar la autoestima, autoeficacia e independencia de las personas mayores. Queda comprobado que la fragilidad en el adulto mayor es un factor de riesgo para la aparición de desesperanza, y que a su vez esto es un potente desencadenante de la conducta suicida.

Cuidadores

Cabe resaltar la importancia de la figura de los cuidadores formales en los centros residenciales, ya que en la mayoría de los estudios encontrados apenas se ha encontrado mención a la labor que realizan, considero que el trato recibido por parte de los cuidadores y trabajadores de centros residenciales puede actuar como factor protector y como factor de riesgo en el desencadenante de la conducta suicida del adulto

mayor. También hay que resaltar la importancia de la figura de los cuidadores informales, es decir, los familiares o personas externas a los centros residenciales que tutelan y cuidan al adulto mayor. Esta figura es igual de importante, y de la misma manera que un cuidador formal, pueden actuar como factor protector o como factor de riesgo para que la persona mayor perciba una calidad de vida deficiente y esto desencadene una conducta suicida. De esta forma, se puede concluir que es de vital importancia poner el foco en la formación adecuada de estos cuidadores para que puedan actuar de una forma eficaz y prevenir la conducta suicida.

Instalaciones

Apenas se ha encontrado evidencia fuera de España que relacione la calidad de las instalaciones de centros residenciales, con la calidad de vida de los usuarios, y su impacto en la ideación suicida. La disposición de salas, habitaciones y su decoración es factor protector importante para la percepción de la calidad de vida del usuario. Existen muy pocos estudios que demuestren su importancia en relación a la conducta suicida, se quedan en el estudio de la sintomatología depresiva. Esto arroja datos alarmantes, ya que el abandono notable, fruto de un edadismo palpable hacia esta población es, en sí mismo, un factor de riesgo para la ideación suicida.

Factores sociales

Se requieren más estudios en España, que además de estudiar la ideación suicida o conducta suicida en relación a aspectos psicológicos, como la depresión, la ansiedad o la desesperanza, también profundicen en la importancia del contexto social en entornos residenciales. El sentido de pertenencia al grupo, la autoeficacia percibida, sentirse realizado, la autosuficiencia para realizar actividades para la vida diaria, son algunas de las variables que apenas se tienen en cuenta a la hora de realizar programas de intervención para la conducta suicida del adulto mayor. La disposición de los centros residenciales, el tiempo justo, el personal escaso y muchas otras causas, impiden que se les pueda atender de una forma más individualizada y humana.

Sí se tienen en cuenta, no solo las variables psicológicas, sino también las variables sociales del adulto mayor en contextos residenciales, se podrán crear programas de prevención e intervención dentro de los mismos, con el objetivo de reducir la conducta suicida cada vez más creciente en el adulto mayor.

Estudios españoles

Apenas se han encontrado estudios recientes en relación a la conducta suicida del adulto mayor en centros residenciales en población española. Los estudios más

significativos encontrados hasta la fecha están realizados con población extranjera, por lo que los datos arrojados no son representativos de la población española, pueden ser utilizados para poder acotar la búsqueda en nuevas variables a estudiar, pero no se sabe si las variables “cultura” y “clima”, puede influir en la conducta suicida de los adultos mayores. Tampoco se puede saber si el contexto psicosocial influye de la misma manera en población extranjera como en población Española.

Limitaciones

Para finalizar, haré una serie de reflexiones con relación a lo que considero que son aquellas cosas que se podrían mejorar del presente trabajo.

En la presente revisión se han dejado de lado muchas otras variables psicosociales que seguramente resulten de interés relevante en el estudio de la conducta suicida del adulto mayor.

Existen cada vez más formaciones que tienen en cuenta a la persona, las conclusiones sacadas en esta revisión no han tenido en cuenta estudios dedicados a las formaciones con adultos mayores enfocados en la mejora de la calidad de vida, por lo que es una conclusión, que solo abarca en relación con la conducta suicida.

Los resultados obtenidos en base al aislamiento sufrido durante la pandemia del año 2020 son escasos y no concluyentes, puesto que todavía se están realizando, se puede destacar la falta de estudios en España, y la relación que existen entre el aislamiento de ese momento temporal con el aumento de la conducta suicida. No se ha podido demostrar todavía.

Algunas variables estudiadas en esta presente revisión como la depresión, la soledad y la desesperanza, no se pueden estudiar de forma aislada, a pesar de que se ha pretendido encontrar estudios que, de esta forma, demostraran su influencia en la conducta suicida. No ha sido así, cada una de estas variables interactúa entre sí, de modo que puede que el planteamiento inicial haya impedido que se saquen más conclusiones o mayor evidencia en la búsqueda.

No se ha tenido en cuenta de forma directa, en las búsquedas, las diferencias de sexo en cuanto a la conducta suicida del adulto mayor, por lo que no se pueden sacar conclusiones con respecto a esto en esta revisión.

En cuanto a las conclusiones en relación a los cuidadores, tampoco se ha hecho una búsqueda directa que relacione su calidad de cuidado, con la conducta suicida del

adulto mayor, por lo que las conclusiones son en base a la interacción entre otras variables y ésta.

Existen muy pocos estudios realizados en España que traten la conducta suicida en el adulto mayor en residencias geriátricas, por lo que los resultados son en base a las conclusiones sacadas en estudios realizados en otras culturas, que pueden no ser replicables.

Los estudios seleccionados en el presente trabajo son muy escasos para sacar conclusiones generalizables, aunque sí deja clara la poca investigación que existe y la falta de estudios sobre la conducta suicida de ese colectivo, tanto en factores protectores como en factores de riesgo.

Líneas futuras

Se hace necesario que los cuidadores tanto formales como informales, adquieran una formación específica en la conducta suicida del adulto mayor, destacando varias áreas a tener en cuenta en dichos programas formativos: diferencia entre ideación suicida y conducta suicida, mitos sobre la conducta suicida, estereotipos sobre el envejecimiento, envejecimiento normativo y envejecimiento patológico, preguntas para indagar en la ideación suicida, señales que indican ideación suicida, señales que indican conducta suicida, cómo actuar ante las señales, cómo actuar cuando se presenta un caso de conducta suicida, diferencia entre sintomatología depresiva e ideación suicida.

Considero importante que los estudios y formaciones realizadas no se centren en demostrar únicamente qué variables psicológicas actúan en la conducta suicida, puesto que es un tema que está trillado. Interesa que las nuevas investigaciones se centren en qué se necesita trabajar con las personas para que no lleguen a tener una conducta suicida. A pesar de que ha quedado demostrado en la presente revisión, en base a la bibliografía, que existen factores protectores y que se sabe cuáles son en su mayoría, los factores de riesgo; no se han realizado apenas estudios para demostrar qué es importante trabajar y fomentar en este colectivo. En su mayoría se opta por estudios enfocados en las limitaciones, debilidades y enfermedades.

En cuanto al contexto social de las personas mayores, queda demostrado que las instalaciones que menos se parecen a un hospital, mayor satisfacción con la vida tienen los usuarios. Un ambiente hostil puede actuar como factor de riesgo en la aparición de la desesperanza.

Además de un programa formativo específico para actuar frente a la ideación y conducta suicida, para cuidadores; también es necesario que se forme en conducta

suicida a los usuarios independientes de los centros, de esta manera también pueden generar redes de apoyo social dentro de los centros residenciales, el apoyo entre usuarios puede activar sentimientos de pertenencia, mayor sensación de control interno, y mayor satisfacción con el entorno, por lo tanto, se puede prevenir la aparición de la desesperanza.

Referencias

- Asthana, N. K., Mehaffey, E., & Sewell, D. D. (2021). COVID-19 Associated suicidal ideation in older adults: two case reports with a review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1101-1116. DOI: 10.1016/j.jagp.2021.05.026.
- Baldwin, R. C. (2010). Depression in later life. *New York: Oxford University Press Inc*, Chapter 3. doi:10.1017/S1041610210000864.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (2006). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Consult Clin Psychol*, 42, 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>.
- Bedoya, N., & Andrea, L. (2020). Burnout en cuidadores formales e informales del adulto mayor. Revisión integrativa de la literatura. *Revista Integrativa de la literatura. Cultura del cuidado*, 17(1), 80-92. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2020v17n1.7209>.
- Beghi, M., Butera, E., Giuseppe, C., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 127, 193-211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>.
- Bickford, D., Morin, R., Woodworth, C., Verduzco, E., Khan, M., Burns, E., et al., e. (2021). The relationship of frailty and disability with suicidal ideation in late life depression. *Aging ment health*, 25(3), 439-44. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698514>.
- Bocquier, A., Pambrun, E., Dunmesnil, H., Villani, P., Verdoux, H., & Verger, P. (2013). Physicians characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French pane survey of general practitioners. *PLoS One*, 8(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080797>.
- BOE. (2020). España. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *BOE*, 67, 25390-25400.

- Borges, G., Angst, J., Nock, N., Ruscio, A., Walters, E., & Kessler, R. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*, 36(12), 1747-57. doi:10.1017/S0033291706008786.
- Cabello, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J., Caballero, F., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., et al., (2020). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Ageing Ment Health*, 1533-42. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1603284>.
- Cacioppo, S., Gruijpo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177/17456916155570>.
- Castañeda, A., De Jesús Madero, A., y Flores, S. (2022). Nivel de fragilidad en adultos mayores a través del test de Barber: caso clínica integral Universitaria. *Identidad Bolivariana*, 6 (1), 1-24. ISSN: 2550-6749.
- Castaño Ramirez, O., Gomez Montes, J., y Quimbayo Cifuentes, A. (2022). Relación entre severidad de la depresión, fragilidad y rendimiento físico con ideación suicida en ancianos hospitalizados por trastorno depresivo mayor en una clínica de salud mental de la ciudad de Manizales. *Universidad de Caldas*, 2-50.
- Catherine, Y., Flórez, H. M., Cardona, D., Segura, A. M., Segura, A., Muñoz, D. I., Agudelo, M. C. (2020). Factors associated with suicidal ideation in older adults from three cities in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 142-153.
- Cortés, W. A., Fernández, F. E., y Sanmiguel, L. C. (2018). Sarcopenia, una patología nueva que impacta a la vejez. *Rev Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*, 28-36. <https://doi.org/10.53853/encr.5.1.339>.
- Díaz, M., Martín, M., Pla, J., y Chiclana, C. (2021). Características del entorno residencial y su asociación con la salud y el envejecimiento con éxito, una revisión narrativa. *Psicosomática y Psiquiatría*, 18, 14-24. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum1803>.
- Doblas, J., & Díaz-Conde, M. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Geriatr Gerontol.*; 53(3), 128-33. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>.
- Draper, B. (2011). Suicidal behaviour. *Principle and practice of geriatric psychiatry*.
- Esmeraldas, E. E., Falcones, M. R., Vásquez, M. G., y Solórzano, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista*

Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento, Vol. 3. nº 1, 58-74. DOI: 10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74.

- Esteban, L., y Rodríguez, J. (2015). Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Scielo España*, Vol. 9. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200007>.
- Farooq, S., Tunmore, J., Wajid, M., & Ayub, M. (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19. A systematic review. *Elsevier*, 114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>.
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Linder, R., & Waern, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166-194. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>.
- Fonseca, E., y Pérez, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de Suicidio. *Papeles del psicólogo*, 106-115. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>.
- Gama, Z., y Gómez, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saude Publica*, 946, 42-56. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022>.
- Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 49(5), 748-757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>.
- Gelenberg, A. (2022). *American Psychiatric Association*. Obtenido de <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression>
- Gómez, X., Amblàs, J. A., Terribas, N., Casellas, A., Costa, X., Román, B., Geli, M. et al., (2020). *Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19*. Cataluña. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.003>: Comité de ética.
- Haight, B. K. (1995). Suicide risk in frail elderly people relocated to nursing homes. *Geriatric Nurs*, 16, 104-7. [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(05\)80038-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(05)80038-2).
- Heisel, M. J. (2019). Loneliness and suicide ideation in older adults: A longitudinal investigation. *Innovation in aging*, 3(sup 1), S594. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.2205>.

- Herrera, E., Monzó, A. P., Chiva, C., y Abella, P. (2017). Efectos de la actividad física sobre la salud percibida y condición física de los adultos mayores. *Repositori UJI*, ISSN: 1989-6239.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., et al., (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol sci*, 10, 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=55317>
- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Peng, J., et al., (2013). Loneliness promotes inflammation during acute stress. *Psychological science*, 24(7), 1089-1097. <https://doi.org/10.1177/0956797612464059>.
- Jerónimo, M. A., Piñar, S., Samos, P., González, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, No. of Pages 7. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>.
- Koo, Y., Kölves, K., & De Leo, D. (2022). Suicide in older adults: a comparison with middle-aged adults using the Queensland Suicide Register. *Int Psychogeriatr*, 29(3), 419-30. doi:10.1017/S1041610216001848.
- Lapane, K. I., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., & Brigden, A. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59:1218, 39.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>.
- Magyari, P., Lite, R., Kilpatrick, M., & Schoffstall, J. (2018). Resources for the exercise physiologist: a practical guide for the health fitness professional. *Wolters Kluwer Health*, ISBN: 9781496322869 .
- Makara, M., Somasundaram, S., Halicka, J., Madej, A., Leszek, J., Rehan, M., Aliev, G. (2021). Suicide and Suicide Attempts in Elderly Patients: An Epidemiological

- Analysis of Risk Factors and Prevention. *Bentham Science Publishers*, 2231-2236 (6). <https://doi.org/10.2174/1381612826999201126202008>.
- Meléndez, J., Delhom, I., y Satorres, E. (2022). La desesperanza como predictora de la soledad en adultos mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 57, 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.01.002>.
- Menghini, V. V., & Evans, J. M. (2000). Suicide among nursing home residents: a population-based study. *Med Dir Assoc.*, 1(2), 47-50. PMID: 12818030.
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 29(12), 1198-1211. <https://doi.org/10.1002/gps.4142>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group., T. P. (2009). Reporting items for systematic Reviews an Metanalyses. *The PRISMA Statement PloS Med*, 6 (6), e1000097. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>.
- NIA. (2019). Social isolation, loneliness in older people pose health risks. *NIA*.
- Obuobi-Donkor, G., Nkire, N., & Agyapong, V. (2022). Prevalence of major depressive disorder an correlates of thoughts of death, suicidal behaviour, and death by suicide in the geriatric population- A general review of literature. *Behav Sci Bse Switz*, 11 (11), 142. <https://doi.org/10.3390/bs11110142>.
- OEA. (2020). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Obtenido de http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- OMS. (2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Padilla, C. J., Sánchez, P., y Cuevas, M. J. (2014). Beneficios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamiento de la sarcopenia. *Nutr Hosp*, 29, 979-988. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.5.7313> .
- Page, M. J., McKenzie, J. E., & Bossuyt, P. M. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol.*, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>.

- Palma, E., y Escarabajal, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>.
- Pérez, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C., y I., C. (2017). Buen y maltrato hacia las personas mayores: teorías explicativas y factores asociados. *Clínica Contemporánea*, 8 (1), E2, 1-14. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2017a3> .
- Pitchot, W. (2014). Suicide in the elderly. *Med Liege*, 69 (5-6), 390-4. PMID: 25065251.
- Reicher, C., Diogo, C., Vieira, J., & Dalacorte, R. (2011). Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Bras Psiquiatr*. 33(2), 165-70. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011005000006>.
- Robeldo, L. (2012). Geriatria para médico familiar. *Manual moderno*.
- Russo, M. J., Cohen, G., Campos, J., y Allegri, R. F. (2021). COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? *Neurología Argentina*, 159-169. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.06.003>.
- Salazar-Barajas, M. E., Garza-Sarmiento, E. G., García-Rodríguez, S. N., Juárez-Vázquez, P. N., Herrera-Herrera, J. L., y Duran-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 363-373. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615> .
- Santos, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 675, 64-81. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012>.
- Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F., & Fernandes, L. (2020). Pain as a risk factor for suicidal behavior in older adults: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, ISSN 0167-4943. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104000>.
- Satorres, E., Ros, L., Meléndez, J. C., Serrano, J. P., Latorre, J. M., & Sales, A. (2018). Measuring elderly people's quality of life through the Beck hopelessness scale: A study with a Spanish sample. *Aging Ment Health*, 22, 239-244. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247427>.

- Scocco, P., Rapattoni, M., Fantoni, G., Galuppo, M., De Biasi, F., Girolamo, G., & Pavan, L. (2006). Suicidal behaviour in nursing homes: a survey in a region of northeast Italy. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, *21*(4), 307-311. <https://doi.org/10.1002/gps.1452>.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, *113*(10), 707-712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>.
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., & Prina, A. M. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*, *36*, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.03.005>.
- Vinage, F. M., Oliveira, A. L., Aquino, M. L., y Andrade, S. R. (2021). Comportamento suicida em idosos residentes em instituição de longa permanência: revisão integrativa. *Revista Científica de Enfermagem*, *11*(35), 480-492. Doi 10.24276/rrecien2021.11.35.480-492.
- Wang, R., Zhang, D., Wang, S., Zhao, T., Zang, Y., & Su, Y. (2020). Limitation on activities of daily living, depressive symptoms and suicidal ideation among nursing home residents: The moderating role of resilience. *Geriatric Nursing*, *41*, 622-628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.018>.
- Xu, Y., Su, S., Jiang, Z., Guo, S., Lu, Q., & Liu, L. (2021). Prevalence and risk factors of mental health symptoms and suicidal behavior among university students in Wuhan, China during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*, *12*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695017>.
- Yanguas, J. J., Cilveti, A., Chamorro, S. H., Pinazo, S., Roig, S., y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Vitoria-Gasteiz*, *66*, 61-75. ISSN 1134-7147.