

GRADU AMAIERAKO LANA

Erizaintzako Gradua – Leioako Atala

Berrikuspen bibliografikoa

Zahartzaroko suizidioarekin erlazionatutako arrisku faktoreak eta prebentzio fokuak.

IRANTZU AZKUNAGA BEITIA

Leioan, 2021eko maiatzaren 4an

LABURPENA

Sarrera: suizidio tasek gora egiten dute adinak aurrera egin ahala, izan ere, 65 urteko edo gehiagoko pertsonen hilkortasunaren 3. faktore nagusia bihurtu da. Zahartzaroko suizidioaren faktorerik bereizgarriena suizidio ahaleginen eta suizidio efektiboen lotura estua da.. Hala ere, adineko pertsonak diskriminazio eta aurreiritziak jasaten dituzte maiz, etapa honetan suizidioa egoera justifikagarri eta ondorio logiko baten moduan hartzen baita. Ikerketek diotenez, etorkizuneko biztanleriaren ehuneko altu bat adindunek osatuko dute, beraz, garrantzitsua da ikerketak burutzea suizidioak jatorri multifaktoriala aztertzeko eta era multidiziplinarrean lan egitea pertsona bere osotasunean kontsideratuz.

Helburua: adineko pertsonen (65≤) suizidioaren arrisku faktoreen deskribapena eta horiekin lotutako prebentzio fokuen identifikazioa.

Metodologia: *Pubmed* datu baseaz baliatuta, zenbait bilaketa egin ziren, 2020ko azaroaren hasieratik 2021eko urtarrilaren lehenengo egunetara, adindunetan suizidioaren arrisku faktore eta prebentzio metodoen ebidentzia bilatzeko. Horretarako, operadore logikoen konbinazioak eta baita barne eta kanpo irizpide jakin batzuk ere zehaztu ziren.

Emaitzak: guztira, 14 artikulua identifikatu ziren. Arrisku faktoreen artean aurrekari psikiatrikoak, autonomia eta independentziaren gutxitzea, insomnia, kontrol kognitibo pobrea, sexua, adina, hezkuntza maila baxua, egoera zibila, bakarrik bizitzea eta horrekin batera, bakardadea aurkitu ziren. Prebentzio foku moduan konexio sozialak sustatzea, psikoterapia, ariketa fisikoa bestelako lanekin konbinatuta, Lehen Mailako Arretan laguntza bilatzea eta profesionalak hezitua izatea azpimarratu ziren.

Ondorioak: identifikatutako arrisku faktoreetako bakoitzak bestelakoetara eramane dezakete, ondorio txarrak sortuz. Prebentzio moduan, Lehen Mailako Arretan suizidioaren detekzioa eta jarraipena egiteaz gain, interbentzio berriak egin beharko lirakeke tratamendu kontserbadorea aplikatu beharrean, adindun pertsonen beharretara moldatuak.

Hitz gakoak: suizidioa, adinekoa, arrisku faktoreak, prebentzioa.

Hitz gakoak MeSH termino moduan: suicide, aged, risk factors, prevention and control.

LABURDURAK:

- GDS: "Escala de Depresión Geriátrica".
- ULS-6: "Escala de Los Angeles para Valoración de la Soledad".
- BH-4 / BHS: "Escala de Desesperanza de Beck".
- DSSI: "Índice de Apoyo Social de Duke".
- SIS: "Escala de Ideación Suicida".
- RLI: "Inventario de Razones para Vivir"
- DRS: "Escala de Valoración de Demencia de Mattis"
- ISEL: "Autoestima y Pertenencia de la Lista de Evaluación de Apoyo Interpersonal"
- ISI: "El Índice de Gravedad del Insomnio".
- DDNSI: "El Índice de Severidad de Sueños Perturbadores y Pesadillas".
- CESD-R: "Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos".
- GSIS: "Escala de Ideación Suicida Geriátrica".
- PHQ-9: "Patient Health Questionnaire".
- GDSSF-K: "The Geriatric Depression Scale Short Form".
- AVD: "Actividades de la Vida Diaria".
- K10: "Kessler 10".
- Ham-D: "Escala de Hamilton para la Depresión".
- SAS-SR: "Escala de Ajuste Social Autoinforme".
- PWB: "Bienestar Psicológico Multidimensional".

AURKIBIDEA

SARRERA.....	1
HELBURUAK.....	3
METODOLOGIA.....	4
Artikuluak aukeratzea: kanporatze eta barneratze irizpideak.....	5
EMAITZAK.....	6
Aukeratutako ikerlanen ezaugarriak.....	7
Arrisku faktoreei lotutako emaitzak.....	8
Prebentzio fokuei lotutako emaitzak.....	10
EZTABAIDA.....	16
Arrisku faktoreei lotutako emaitzen interpretazioa.....	16
Prebentzio fokuei lotutako emaitzen interpretazioa.....	19
Azterlanen mugak.....	20
ONDORIOAK.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	22

SARRERA

Munduko Osasun Erakundearen arabera (OME), suizidioa norberak nahita bere bizitza kentzearen ekintzari deritzo ⁽¹⁾. Urtero, mundu mailan 10 milioi pertsonen jokabide autolitikoren bat du eta 800.000 pertsona inguruk euren buruaz beste egiten dute ^(1,2). Beste era batera esanda, 40 segunduro suizidio kasu bat dago ⁽²⁾.

Espanian, egunero 10 pertsonen euren buruaz beste egiten dute, hau da, 13,9ak 100.000 biztanleko. Esan daiteke proportzio hori trafiko istripuetan hiltzen diren pertsonen proportzioarekin alderatuz gero, bikoitza dela ⁽³⁾. Hala ere, Europa mailan, Espainiaren suizidio tasa zifra baxuenetan dago, baina proportzio hori handitu egiten da adinak gora egin ahala ⁽⁴⁾ (eranskinetako 1.irudia). Gainera, Espainia mailan suizidioa da kanpo kausen artean hilkortasun gehien sortzen duen faktorea, hilketak baino 13 aldiz eta genero indarkeriak baino 69 bider gehiago (eranskinetako 2.irudia).

Euskal Autonomi Erkidegoak, 2018.urtean Espainiako autonomia erkidegoen 8. postua hartu zuen suizidio tasetan, erditik gora kokatuz. Kasu honetan ere, tasak adinarekin areagotu egiten direla ikusi da ^(4,5) (eranskinetako 3. eta 4. irudiak).

Inolako dudarik gabe, suizidioak edozein adinetan tragedia handia sortzen du, bai familiarentzat baita lagun eta komunitatearentzat ere, osasun publikoaren arazo larri bat bihurtu delarik ⁽⁶⁾. Hala ere, historian zehar zenbat eta nagusiagoa izan suizidio arrisku gehiago dagoela deskribatu izan da emakumezko zein gizonezkoetan (batez ere azkeneko hauetan), herrialde gehienetan piko maximoa zahartzaroan kokatzen da eta. Bizitzaren etapa saihestezin honetan aldaketa esanguratsuak daude indibidualki nahiz sozialki, arrazoi batetik edo bestetik moldagarritasuna eta kondizio berrien ohitura zailtzen dituztenak (aurreko faktoreak gehituz, adibidez, gaixotasunak) ⁽⁷⁾. Ondorio bezala, jokaera autosuntsigarriak dakartzate batzuetan, 65 urteko edo gehiagoko pertsonen hilkortasunaren 3. faktore nagusia bihurtuz ⁽⁶⁾.

Gazte eta heldu gazteetan buruaz beste egiteak ekintza dramatiko bat adierazten du, eragin familiar eta sozial izugarriarekin. Kontrakoa gertatzen da ordea adineko batek buruaz beste egiten duenean, izan ere, egoera justifikagarri baten moduan hartu ohi da, erabaki libre edo zentzuzko bat izango balitz bezala, adinaren, bakardadearen eta bizitzaren gogaitasunaren ondorio logiko baten emaitza, besteak beste. Baina, aurreiritzi horiek alde batera utzi beharko lirateke,

adinekoen suizidioa orokorrean gazteena bezain saihesgarria izateaz gain, edozein adinetan suizidioa onartezina baita gizarte zibilizatu batean (7).

Zahartzaroko suizidioaren faktorerik bereizgarriena suizidio ahaleginen eta suizidio efektiboen lotura estua da, hau da, ekintza hau burutzea erabakitzen duen nagusiak normalean lortu egiten du. Zehatzagoa izateko, gazteen suizidio ahaleginen eta suizidio efektiboen erlazioa 200:1 da, biztanleria orokorrean 33:1, baina zaharretan, aldiz, 4:1. Beste era batera esanda, 65 urte edo gehiagoko pertsonak gazteak baino arrisku askoz handiagoa dute euren buruaz beste egiteko (6). Gainera, adinekoetan, hiltzeko asmoa euren ziur egote sendoagatik eta intentzioak posible egiteko metodoen erabileragatik ere bereizten da. Jokaera suizida aktiboa da, gutxitan erreflexiboa eta planifikatua. Horren jatorria izan daiteke, alde batetik, adindunak askotan bakarrik bizi direla eta ez dutela sorospena behar bezain laster jasotzen. Bestalde, adinarekin modu esanguratsuan garatzen doazen gaixotasun kronikoak eta ezgaitasunak hilkortasunaren arriskua areagotzen dute (7).

Ikerketek diotenez, gaur egun munduan 700 milioi pertsona inguruk 65 urte baino gehiago ditu, eta 2050.urterako egin diren proiektzioen arabera, biztanleria osoaren %20a talde honek osatuko du, hau da, 2.000 milioi pertsonak gutxi gorabehera. Munduko populazio guztiaren ehuneko handi bat pertsona adindunek osatuko dutela jakinda eta euren jokaera suizidak kontuan hartuta, ikerketa askok jokabide horien inguruko arrisku faktoreak aztertu dituzte, horrekin batera suizidioaren aurrean prebentziozko interbentzioak sustatzea ezinbestekoa dela nabarmenduz (6).

Jokaera suizidak etiologia multifaktoriala dute, hau da, faktore biologiko, psikologiko, soziologiko, kultural eta inguruneko faktoreen ondorio dira (9). Bestalde, Silverman eta lagunek aipatu zuten moduan, suizidioa gai korapilatsua da ikertzeko, estatistikoki egoera arraroa baita. Azken urteetako azterlan gehienak suizidio jokaera eta suizidio ideietan zentratzen dira, biak suizidioagatik hiltzeko arrisku faktore kontsideratzeaz gain, ezinbestekoak direlako ondorengoko pausu batean suizidioa emateko (15). Beraz, kausa hauek ondo ezagutzea lagungarria izan daiteke suizidioaren hilkortasuna gutxitzeko beharrezkoak diren interbentzioak diseinatzerakoan (8). Honekin batera, OME-ek dioenez, gaiari buruzko hezkuntza hobetu beharko litzateke, adineko pertsonen aurrean dagoen estigma murriztuz eta suizidioaren prebentzioaren kontzientzia handiagotuz (1). Zehatzagoak izateko, arrisku faktoreak zeintzuk diren jakiteak,

prebentzio estrategiak faktore horien detekzio goiztiarrera bideratzea posible egingo luke, beharrezkoa izanez, adineko pertsonak bere osotasunean kontuan hartzea eta era multidiziplinarrean lan egitea (9). Bestelako ikerketek diotenaren arabera, suizidioa burutzen duten adinekoen %85,5ak Lehen Mailako Arretara jotzen dute aurreko 3 hilabetetan zehar. Ideia hau aintzat hartuta, osasun profesionalek ekintza hauek prebenitzeko edo gai honetan interbentzioak burutzeko aukera dutela esan daiteke (10).

Hala ere, suizidioa hainbat faktoreen menpe dagoela eta prebenitu daitekeela ikusi den arren, gaiaren inguruan dauden ikerketa eskasek ezjakintasuna sortzen dute (1). Gaur egun, ez dago oso argi zer nolakoa den buruaz beste egiteko prozesua zahartzaroan, eta horren ondorioz, hezkuntza edo prebentzio fokua non jartzea zailtasun bat dela kontsideratzen da (11). Beraz, aurretik aipatutako guztia kontuan hartuta, zahartzaroko suizidioarekin erlazioa izan dezaketen arrisku faktore ezberdinak ezagutzea ezinbestekoa da, bai osasun profesionalek eta baita bestelako instituzioetako talde multidiziplinarrek ere, prebentzio neurriak inplementatu ahal izateko eta sortu daitezkeen suizidio ekintzen arazoak saihesteko. Era horretan bakarrik lortuko da adineko pertsona bere osotasunean baloratzea eta arazoa bere sustraitik desegitea.

HELBURUAK

Honenbestez eta adineko pertsonen ($65 \leq$) suizidio arrisku eta tasa altuen aurrean, horren inguruko detekzio goiztiarra egiteko kontuan hartu beharreko arrisku faktoreen deskribapena eta horiekin lotutako prebentzio fokuen identifikazioa egitea da berrikuspen honen helburu nagusia.

METODOLOGIA

Bilaketa bibliografikoa 2020ko azaroaren hasieratik 2021eko urtarrilaren lehenengo egunetara arte burutu zen, *Pubmed* datu baseaz baliatuz. Hau, fidagarritasun handiko datu base zientifikoa da, eta nahiz eta beste datu base garrantzitsu batzuk daudela jakin, erabilitakoarekin ebidentzia nahikoa aurkitu zen lana burutu ahal izateko.

Zehaztutako helburuaren inguruko informazioa lortzeko, suizidioa, adinekoak, arrisku faktoreak eta prebentzioa bezalako hitzen erlazioa aztertzen zuten ikerlanak bilatu ziren modu orokor batean. Behin testuingurua argi izanda, hitz gakoak hautatu eta horiekin konbinazio ezberdinak eginez, zenbait bilaketa estrategiko diseinatu ziren, gaiarekin zerikusi gehien zituzten artikulua aurkitzeko. Hitz gako horiekin bilaketa zuzen bat egin ahal izateko, ingeles hizkuntzaz lagunduta *MeSH* terminoak (Medical Subject Headings) ezarri ziren, deskribatzaile mota erabilgarrienen adierazgarri (1.taula).

1.taula: hitz gakoak eta horietarako baliagarriak diren *MeSH* terminoak.

HITZ GAKOA	<i>MeSH</i> TERMINOAK
Suizidioa	Suicide
Adinekoa	Aged
Arrisku faktoreak	Risk factors
Prebentzioa	Prevention and control

Jarraian, *MeSH* termino horiek operadore logiko ezberdinekin konbinatu ziren bilaketa estrategia osatzeko. Kasu honetan, AND eta OR izan ziren erabilitako operadore logikoak eta planteatu zen bilaketa estrategikoa 2. taulan ikusi daiteke zehaztuta.

2.taula: *MeSH* terminoen aukeraketaren ostean *Pubmed* datu basean erabilitako bilaketa estrategikoa.

Suicide[MeSH] OR -/etiology -/epidemiology	AND	Aged[MeSH]	AND	Risk factors[MeSH]
Suicide[MeSH] OR -/psychology -/nursing -/therapy	AND	Aged[MeSH]	AND	Prevention and control[MeSH]

Artikuluak aukeratzea: kanporatze eta barneratze irizpideak

Guztira 2.310 artikulua lortu ziren eta hauetatik eraginkortasuna eta berrikuspenaren helburuekin lotura espezifikoak zuten artikulua identifikatzeko, kanpo eta barne irizpideak finkatu ziren.

Barne irizpideen artean, lehenengo 5 urteko antzintasuna zuten ikerlanak barne hartzea erabaki zen, baina emaitzen kopurua eskasa zela ikusita, azkenengo 10 urteetako artikulua zientifikoak kontuan izatea erabaki zen. Hala ere, artikuluen zati handiena azken 5 urteetan argitaratuak zirela gainbegiratu zen, ahalik eta informaziorik eguneratuena lortzeko asmoarekin. Bestalde, 65 urte baino gehiagoko adina zuten pazienteekin lan egiten zuten ikerlanak bakarrik aintzat hartu ziren. Erabili zen beste barne irizpideetako bat ikerlanaren hizkuntza izan zen. Kasu honetan, hizkuntza guztietan idatzitako artikulua onartu ziren, izan ere, ingelesez zein bestelako hizkuntzatan zeuden artikulua *Google Chroom*-en laguntzarekin zuzenean itzultzeko aukeraz baliatu zen. Hori gutxi balitz, kontuan hartu zen ikerlan horiek guztiak suizidioaren arrisku faktore eta prebentzioan zentratzen zirela.

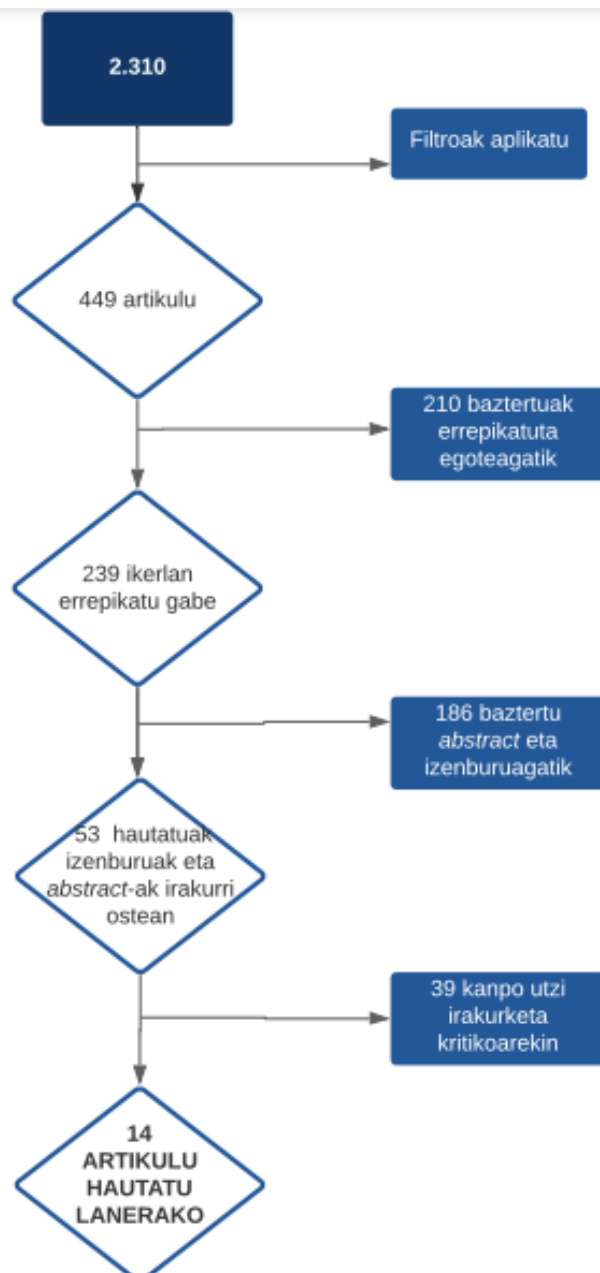
Horrez gain, kanpo irizpide bezala aukeratutako gaiari buruz hitz egiten ez zuten ikerlanak baztertzea ezarri zen, hala nola, suizidio metodoen ingurukoak, horien prebalentziari buruzkoak... finkatutako helburuei erantzuten ez zirelako. Ikerlan honen diseinu bera zituzten artikulua ere kanporatuak izan ziren, hau da, berrikuspenak. Gainera, koronabirusa arrisku faktore moduan hartzen zuten artikulua ere baztertzea erabaki zen, izan ere, nahiz eta gaur egun arrisku faktore garrantzitsua den, gaixotasunaren prebalentzia murrizten den momentuan gaiarekin erlazioa izateari utziko dio (3.taula).

3.taula: barne eta kanpo irizpideak laburtuta.

BARNERATZE IRIZPIDEAK	KANPORATZE IRIZPIDEAK
Azken 10 urtetako ikerlanak.	Suizidioaren prebalentzia, metodoei buruz... soilik hitz egitea.
65 urte baino gehiagoko pertsonak.	Berrikuspenak.
Edozein hizkuntzatan idatzitakoak.	Koronabirusaren eragina kontuan hartzen zuten artikulua.
Suizidioaren arrisku faktore edo prebentzioari buruz hitz egitea.	

EMAITZAK

Pubmed-en bilaketak egiten hastean, helburuarekin bat egiteko 2 bilaketa estrategia ezberdin burutu ziren *MeSH* termino espezifikoekin konbinaketak eginez, 2.310 ikerlan lortuz. Behin filtroak aplikatuta, 449 artikulua lortu ziren. Horietako 210 errepikatuta zeudenez, horiek baztertu eta 239 ikerlan geratu ziren. Horren ostean, gainerako artikuluen baliagarritasuna aztertzeko, horien izenburu eta *abstract*-ak irakurri ziren, beste 186 artikulua baztertuz, izan ere, ezarritako kanpo eta barne irizpideekin ez zuten bat egiten. Amaitzeko, azken 53 artikuluetan irakurketa kritikoa egin eta gero, 14 artikulurekin geratzea erabaki zen. Hurrengoko fluxu diagraman arestian aipatutako prozesua azaltzen da (1. irudia):



1.irudia: *Pubmed* datu basearekin lagunduta egindako bilaketaren fluxu diagrama.

Aukeratutako azterlanen ezaugarriak

Hautatutako ikerketen diseinuari dagokionez, 2 kasu-kontrol ikerketa (12,13), 4 zeharkako ikerketa (14-17), 2 kohorteetako ikerketa (18,19), beste 2 diseinu kualitatibodun ikerketa (20,21) eta 4 ausazko entsegu kliniko (22-25) izan ziren. Horiek guztiak *Pubmed*-en topatu ziren, eta lehen aipatu den moduan, nahiz eta bertan 10 urteetako filtroa aplikatu, artikuluen %85ak 5 urteko antzinatasuna zuten (12-18;20-24). Publikazio herrialdeei erreferentzia eginez, horietako 2 Txinan ikertu ziren (12,16), 5 Estatu Batuetan (13,15,19,22,23), 1 Turkian (14), beste bat Korean (17), Suedian (18), Herbehereetan (20), Ingalaterran (21), Txilen (24) eta azkenengoa, Australian (25).

Laginari dagokionez, tamaina oso desberdinetako ikerlanak aukeratu ziren. Tamaina txikiena zuen artikulua 10 pertsonaz osatuta zegoen (24), eta handiena berriz, 185.225 pertsonaz (18). Horien ezaugarriekin jarraituz, esan beharra dago 7 artikulutan partaideen sexua zein zen ez zela azaltzen (13,18;20-23), baina hura adierazten zuten ikerlan guztietan, emakumeen parte-hartzea gizonena baino handiagoa izan zela (12,14,15,16,17,19,24). Horien adinari erreparatuz, lehen esan den moduan, 65 urte baino gehiagoko pertsonen filtroa aplikatu zen, eta ikerlan guztien adinen mediak kontuan izanda, bataz bestez 76,88 urteko pertsonak ziren.

Azpimarratzekoa da ikerlanen %71k eskalak erabili zituela euren azterlana posible egiteko (12-17;19,22,23,25), eta guztietatik gehien errepikatu zena “*Escala de Depresión Geriátrica*” (GDS) izan zela, lanen %40an hain zuzen ere (12,16,18,19). Hori kontuan izanda, aipagarria da osasun mentala kontuan hartu zela zahartzaroan ematen den suizidioa ikertzerako orduan, eskala honek depresioa baloratzen baitu. Dena dela, gaixotasun honen ebaluaziorako “*Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos*” (CESD-R) (15,23), “*Patient Health Questionnaire*” (PHQ-9) (22,25), “*Escala de Hamilton para la Depresión*” (Ham-D) (13,23) eta “*The Depression Scale Short Form*” (GDSSF-K) (17) eskalez ere baliatu ziren bestelako ikerlanetan. Berrikuspen honen gaiaren harira, suizidio ideien larritasun maila ebaluatzeko ordea, “*Escala de Ideación Suicida Geriátrica*” (GSIS) eskala erabili zen hainbat artikuluetan (15,22,23).

Bestalde berrikuspen lan hau osatzeko aukeratutako artikuluen emaitzak bi kategoria ezberdinetan banatu ziren aurretik azaldutako helburuei jarraituz. 9 ikerlanetan zahartzaroko suizidioaren arrisku faktoreak aztertu ziren (12-20), eta beste 5etan prebentzio fokuen inguruko informazioa bildu zen (21-25) (4 taula):

Arrisku faktoreei lotutako emaitzak

Zahartzaroko etapako suizidioaren arrisku faktoreak aztertutako 9 artikuluek menpeko aldagai bezala, depresioa eta suizidio ideiak edo jokaerak kontuan hartu zituzten (12-20). Horietatik, 6 artikulutan parte hartzaileei lotutako osasun ezaugarri eta jokabideak kontuan hartu ziren, hala nola aurrekari psikiatrikoak (14), independentziaren gutxitzea edo desgaitasun fisikoa (16), gaixotasun kronikoak (16,19) insomnioa eta amesgaiztoak (15) eta jarduera kognitiboa eta izaera (13). Bestalde, 7 ikerlanetan, laginaren faktore soziodemografikoak kontuan hartu ziren, hala nola, sexua, adina, hezkuntza maila, egoera zibila, bakarrik bizitzea, familia izatea, lana eta euskarri soziala besteak beste (12,14;16-20).

Alde batetik, parte hartzaileei lotutako ezaugarri eta jokabideei dagokienez, aipagarriena aurrekari psikiatrikoak izan ziren. 6 artikulutan adierazi zen, buruaz beste egiten zuten edo egiten ahalegindu ziren adineko pertsona gehienek gaixotasun mental bat zutela diagnostikatuta edo horren sintomak zituztela, orokorrean depresioari lotutakoak izan ohi zirenak (12-14,16,17,19,20). Are gehiago, horietako zenbait azterlanek adierazi zuten, depresio maila larria izaten zela (17,19). Buru nahasmenduen harira, antsietatea kontuan hartu beharreko aurrekari bezala aipatu zen suizidio ideien balorazioa egiterako orduan, izan ere, ikerlanek azaldu zuten, bestelako faktoreek pertsonak antsietatea garatzera bideratu zezaketela, era berean barne konpulsio horrek suizidiora bultzatuz (14,20).

Identifikatutako beste faktore garrantzitsu bat autonomia eta independentziaren gutxitzea izan zen, depresio eta suizidioarekin zerikusia zuela ikusi zelako bi artikulutan (16,20). Eguneroko bizitzaren jardueren mugapenaren aurrean, adineko pertsonak bizitzeko gogo eskasa adierazi zuten larritasun psikologikoarekin batera, eta dependienteago bilakatzeak gainerako pertsonentzat karga bat zirelaren sentazioa piztu zien (16,20). Zer esanik ez desgaitasun fisikoren bat zutenen artean, izan ere, horiek mugapen gehiago izan zituzten, eta orduan, larritasun psikologiko handiagoa, euren egoera emozionalean eraginez (20).

Beste bi artikuluk aipatu zuten adinak aurrera egin ahala osasun mailak txarrera egiten zuela, gaixotasun kronikoen agerpena ahalbidetuz (16,19). Horrek, era berean, lehen aipatutako buru nahasmenduak izateko aukera handiagotzen zuela adierazi zuen, antsietatea eta depresioa hain zuzen ere, eta ondorioz, suizidio ideiak pizten zirela (16,19). Horien artean gehien aipatu zen gaixotasun kronikoa hipertentsioa izan zen, eta ostean, aldiz, artritis (19).

Horrez gain, aintzat hartzekoa da artikuluko batean adierazten zela, amesgaiztoekin gertatzen ez zen bezala, insomnia pairatzeak depresio sintomak eta horrekin batera, jokaera suizidak handitzen zituela (15).

Depresioa eta ideia suizidak izateko bestelako faktore aipagarri bat kontrol kognitibo pobrea izan zen, eta, horrekin batera, erabakiak hartzeko gaitasun falta, artikuluko batean adierazi zena (13). Honenbestez, garrantzitsua da kontuan izatea, kontrol kognitibo pobrea eta erabakiak hartzeko gaitasun falta, Pittsburgh eta lankideek izaera pertsonalarekin erlazionatu zutela, hala nola, oldarkorra izatearekin edo autoestimua baxua izatearekin (13).

Bestalde, aztertutako faktore soziodemografikoen artean sexua (12,14,16-20) eta adina (12,14,16,18,20) kontuan hartu zuten ikerlanetan, ikusi ahal izan zen nahiz eta parte hartzaile gehienak emakumeak izan, gizonezkoek zutela suizidioa burutzeko aukera gehiago. Gainera, zahartzaroa osatzen duten adin tarteen barnean gazteenetarikoa izatea arrisku faktore modura deskribatu zen, buruaz beste egiteko ideiak edota saiakerak egoteko kausa gehien 75-79 urte bitarteko pertsonetan kokatu zelarik (18).

Horrez gain, 2 artikulutan ikusi ahal izan zen bezala, hezkuntza mailak funtsezko papera jokatu zuen depresio eta jokaera suizidetan. Hezkuntza maila baxua edo Lehen Mailako Hezkuntza zutenek aukera handiagoa zuten buruaz beste egiteko Bigarren Mailako Hezkuntza zutenekin konparatuz (14,18).

Bestelako bi artikuluetan aipatu zen ez dela ahaztu behar alargunen (17) edo ezkongabeen eta dibortziatuen (18) prebalentzia handia izaten dela zahartzaroan, eta horrek, adineko pertsonak bakarrik bizitzera ekartzen duela, seme-alabarik ez edo bakarra izaten dutenean gertatzen den bezala (17). Aztertutako zenbait ikerlanetan, horrek, ondorio negatiboak zituela azaldu zen, bestelako faktore garrantzitsuak pizten zituelako: zailtasun ekonomikoak, osasunaren maneio txarra, bakarrik sentitzea... beraz, euskarri sozialak eragin handia zuela identifikatu zuten, horietako askok bakardadearen eta deskonexioaren sentimenduak adierazten bait zituzten ikerlanetan. Lanetik erretiratu egoteak ere sentimendu hauen intzidentzia areagotzea zekarrela bi azterlanetan adierazi zen konexio sozialen ingurua txirotzea ekar dezakeelako (12,17). Hori gutxi balitz, bi ikerlanetan bakardade horrek desesperantza sortzen zuela aipatu zen (12,14), gizartean abandonatua izatearen sentsazioa ekarriz adineko pertsonetan (20).

Prebentzio fokuei lotutako emaitzak

Berrikuspen lan honen emaitza artikuluetatik 5ek zahartzaroko suizidioa prebenitzeko interbentzio ezberdinak aipatu zituzten, kasu honetan ere menpeko aldagai moduan depresioa eta suizidio ideiak aintzat hartuta eta prebentzio interbentzioek aldagai hauetan eragina zuten edo ez ondorioztatuz (21-25),

Alde batetik, inguruko edo bestelako jendearekin pertsonen konexioak eta ekintza sozialak sustatzea (noizean behin telefonoz hitz egitea, pertsona horrekin zuzenean geratzea...) hartu zen kontutan artikuluan batean, euren bizitzeko gozamena eta osasuna hobetzen zela ondorioztatuz (22). Gogo aldarrean gorabeherak edo suizidio ideiak presente zituzten pazienteetan psikoterapia bezalako interbentzioek ere konexio soziala sustatzen zutela ondorioztatu zen, familia eta lagunekin erlazioa hobetuz eta baita autonomia edota auto-onarketan modu positibo batean eraginez ere (23). Gainera, bi artikuluan hauek aztertu zuten bezala, konexio mailak osasun adierazleetan era positiboan eragiteaz gain (loan adibidez), depresio maila eta suizidio ideietan ere jaitsiera bat eragiten zuten (22,23).

Beste alde batetik, ikerlan batean ibiltzea, arte martzialak edo luzaketak burutzea bezalako ariketa fisikoak bestelako lan kognitiboekin konbinatuta (arnasaren eta gorputz adarren koordinazioa, adibidez), pertsonen kognizio mailan hobekuntzak (memorian, orientazioan...) eta depresioaren larritasunean murrizketa esanguratsuak lortu zitezkeela identifikatu zen (24).

Bukatzeko, artikuluan batean aipatu zen Lehenengo Mailako Arretako (LMA) profesionaletan depresio eta auto-kaltearen portaeraren ebaluazio eta kudeaketarako hezkuntza eta formakuntza programen garapena prebentzio iturri garrantzitsua zela (25). Horien aplikazioaren ostean pazienteetan depresio eta autolesioen jokatutakoak %10ean jaitsi zirela deskribatu zen, eta interbentzioek batez ere eragin esanguratsua zutela autolesio jokatutakoaren gain (25). Izan ere, beste artikuluan batean azaltzen zenaren arabera, paziente guztiek profesionalen laguntza bilatu zuten (LMA-n edo sostengu taldeetan), beraien enpatia eta gaitasuna ongi baloratuz (23). Horren ordez, osasun profesionalen gaitasun, interes edo esperientzia falta aurkitu zutenean, osasun fisiko eta neurri farmakologikoetan soilik zentratzeaz gain, pazienteek autolesioak ezkutatzea eragiten zuen, lotsa sentimendua pizten zelako beraiengan (21).

4.taulara: Berrikuspenean barne hartutako artikuluen datu eta emaitza adierazgarrien laburpena.

EGILEA	HERRIALDEA ETA DATA	DISEINU MOTA	LAGINA	METODOLOGIA	ALDAGAIK	EMAITZA NAGUSIAK
Niu et al. (12)	Txina, 2019.	Kasu eta kontrolen ikerlana.	-n= 484 (%43,8 ♀ eta %56,2 ♂) -Adina: 65≤ urte (M=74 urte)	-Suizidio taldea (n=242): kasu bakoitza heriotza ziurtagiriaren bidez identifikatu. -Kontrol taldea (n=242): ausaz hautatutako pertsona bizia suizidio kasu bakoitzeko (antzeko ezaugarriak: adin eta sexu bera). -Elkarrizketa: suizidio eta kontrol kasuen familiako kide eta lagun batekin burutu (suizidio kasuetan, heriotzetik 2-6 hilabetera eta kontrol kasuetan, berehala). Iraupena 90 minutu.	-Aldagai askeak: ezaugarri soziodemografikoak (sexua, adina, hezkuntza, egoera zibila, lana, bakarrik bizitzea, familia izatea). -Menpeko aldagaiak: depresioa (GDS), bakardadea (ULS-6), desesperantza (BHS-4) eta euskarri soziala (DSSI).	Suizidio taldea: -Langabezian (OR=2,344, %95 konfiantza tarte (KT) 1,233-4,457) eta bakarrik bizi (2,176, %95 KT 1,113-4,254) (balore guztiak p<0,05) . -Euskarri sozial baxuagoa (OR=2,185, %95 KT 1,243-3,843), bakardadea sentitu (OR=2,446, %95KT 1,089-5,492), depresio gehiago izan (OR=6,700, %95 KT 3,405-13,182) eta desesperantza izan (OR=7,253, %95 KT 3,764-13,974) (balore guztiak p<0,01). →Bakardadeak, itxaropen ezak eta depresio sintomak suizidioarekin lotura estua izan.
Szanto et al. (13).	Pittsburgh (EEBB), 2018.	Kasu eta kontrolen ikerketa longitudinala	n= 251 -Adina: 65≤ urte. -Ezaugarriak: 194 pertsonen depresioaren diagnostikoa. Horietako %50ek suizidio aurrekariak izan.	-Alderatze ezaugarriak: dementzia, nahasmendu neurologikoak, eldarnioak edo nahasmendu sentsorialak.	-Aldagai askeak: jarduera kognitiboa (DRS), depresio maila (Ham-D) antzemandako euskarri soziala, izaeraren ezaugarriak eta erabakiak hartzea (ISEL) -Menpeko aldagaiak: jokaera suizidak.	-Kontrol kognitibo pobreena zuten pertsonen (n=%20,7) depresio maila handiagoa, erabakiak hartzeko gaitasun gutxiagoa eta euskarri sozial eskasagoa zuten. Oldarkortasuna eta autoestimua baxua adierazten zuten, baita gainerako pertsonentzat zama bat zirela ere. Hauek, suizidio arrisku gehiago zuten. - Kontrol kognitibo onena zutenen (n=%71,37) depresio maila baxuagoa eta suizidio arrisku gutxiagoa zuten. - Ikerketa burutu bitartean 30 suizidio ahalegin egon ziren. Horietako %61a kontrol kognitibo pobreena zutenen egin zuten. Aldiz, suizidio ahaleginen %3a kontrol kognitibo onena zutenen burutu zuten.
Murat et al. (14)	Turkia, 2019.	Zeharkako ikerlana.	n=150 (%72,7 ♀ eta %27,3 ♂) -Adina: 65≤ urte (M=71,3) -Ezaugarriak: parte hartzaileek sintoma psikiatrikodun pazienteak, ospitaleko psikiatria klinikan ingresatuak.	-Suizidio ideia taldea (n=46) -Suizidio ideia gabeko taldea (n=104)	-Aldagai askeak: datu demografikoak (adina, sexua, egoera zibila...) eta aurrekari psikiatrikoak. -Menpeko aldagaia: depresioa (GDS), suizidio ideiak (SIS), desesperantza (BHS) eta suizidatzeko arrazoiak (RLI).	Suizidio ideia taldea: -Hezkuntza maila baxuagoa izan (p<0,001). -Depresio eta antsietate nahasmenduak batez ere (p=0,032). -Depresioan (GDS), suizidio ideietan (SIS) eta desesperantzan (BHS) puntuazio altuagoak izan. -Suizidatzeko arrazoietan (RLI), puntuazio baxuagoa. →Datu demografikoetan desberdintasunik ez (p>0,05).

GDS: Geriatric Depression Scale; **ULS-6:** University of California Los Angeles Loneliness Scale-6; **BHS-4:** Beck's Hopelessness Scale; **DSSI:** Duke Social Support Index; **KT:** Konfiantza Tarte; **DRS:** Mattis Dementia Rating Scale; **Ham-D:** Hamilton Rating Scale for Depression; **ISEL:** Autoestima y Pertenencia de la Lista de Evaluación de Apoyo Interpersonal; **SIS:** Suicidal Ideation Scale; **RLI:** The Reasons for Living Inventory.

4.taula: Berrikuspenean barne hartutako artikuluen datu eta emaitza adierazgarrien laburpena.

EGILEA	HERRIALDEA ETA DATA	DISEINU MOTA	LAGINA	METODOLOGIA	ALDAGAIK	EMAITZA NAGUSIAK
Nadorff et al. (15)	Virginia (EEUU), 2015.	Zeharkako ikerlana.	n= 81 (%60 ♀ eta %40 ♂) -Adina: 65-94 urte (M=73,9 urte).	-Galdetegia: loa, depresio sintomak eta ideia suizidak.	-Aldagai askeak: insomnioa (ISI), amesgaiztoak (DDNSI) eta depresioa (CESD-R). -Menpeko aldagaiak: suizidio ideiak (GSIS).	-Insomnio sintomak zituzten pazienteek, ideia suizida gehiago (p<0.01) → Insomnio sintomak ideia suiziden bariazioaren %11,8a azaldu. → depresio sintomak bitartekari. -Amesgaiztoak eta ideia suizidak erlazio ez esanguratsua (p=.07). -Insomnio sintoma eta ideia suiziden bitartekaria depresio sintomak (0,0094, %95 KT 0,0012-0,02).
Zhu et al. (16)	Shandong (Txina), 2018.	Zeharkako ikerlana.	n= 5514 (%57,1 ♀ eta %42,9 ♂) -Adina: 65≤ -Ezaugarriak: %68,8ak gaixotasun kroniko bat izan.	-Galdetegia: "Encuesta de 2017 del Servicio de Salud Familiar de Ancianos de Shandong" (Shandong-eko Unibertsitateak egin).	-Aldagai askeak: desgaitasun fisikoa (ADL), nahasmen psikologikoa (K10), datu soziodemografikoak (gaixotasun kronikoak azken 6 hilabeteetan, sexua, adina, hezkuntza maila, bizilekua, osasun subjektiboa eta ahaidetasuna). -Menpeko aldagaiak: suizidio ideiak.	Suizidio ideiekin elkarrekintza: -1ºesanguratsuen larritasun psikologikoa (p=0.392). (depresio eta antsietateaz osatua). -2ºesanguratsuen gaixotasun kronikoak (p=0.096). -Elkarrekintza gutxien, eguneroko bizitzako jardueren mugapenak (p=0,091). Honek, pertsonen larritasun psikologikoa sortu. → Larritasun psikologikoa → gaixotasun kroniko, mugapen fisiko eta suizidio ideien bitartekaria.
Jeong et al. (17).	Korea, 2019	Zeharkako ikerlana.	n= 162 (%75,3 ♀ eta %24,7 ♂) -Adina: 65≤ urte (M=75,75 urte). -Ezaugarriak: hipertentsioaren diagnostikoa eta Lehen Mailako Arretako erizainen etxeko bisitak jaso.	-Galdetegia: 40 minutu, euren erantzunak erregistratu. -Eskalak: korear bertsioan.	-Aldagai askeak: datu soziodemografikoak (sexua, egoera zibila, bakarrik bizi zena, seme kopurua, hezkuntza maila). -Menpeko aldagaiak: depresioa (GDSSF-K), eskari soziala (MSPSS) eta suizidio ideiak (SIS).	-Partehartzaileen %93,2a langabetuak edo lanetik erretiratuak zeuden. -%59,9a alarguna (M=21,33 urtez bakarrik bizi zuten). -Bakarrik bizi zuten zailtasunak: ekonomikoa (%43,2a), osasun txarra (%25,9a), eta, bakardadea (%17,3a). -Pazienteek batz bestez 1,75 seme-alaba zituen. -Depresioaren batz bestekoaren puntuaketa 23,64: depresio larria. -Sostengu soziala: euskarri nagusia auzokideetan, ostean familian eta lagunetan. -Sostengu sozialak erlazio negatiboa depresioarekin (p=0,001) eta ideia suizidekin (p<0,001). → Euskarri soziala → depresioa eta ideia suiziden bitartekaria.

ISI: The Insomnia Severity Index; **DDNSI:** The Disturbing Dreams and Nightmare Severity Index; **CESD-R:** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised; **GSIS:** The Geriatric Suicide Ideation Scale; **KT:** Konfiantza Tarte; **ADL:** Activity of Daily Living Scale; **K10:** Kessler 10 Scale; **GDSSF-K:** The Geriatric Depression Scale Short Form, Korean Version;
MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; **SIS:** Scale for Suicide Ideation.

4.taula: Berrikuspenean barne hartutako artikuluen datu eta emaitza adierazgarrien laburpena.

EGILEA	HERRIALDEA ETA DATA	DISEINU MOTA	LAGINA	METODOLOGIA	ALDAGAIK	EMAITZA NAGUSIAK
Khedidja et al. (18)	Suedia, 2018.	Kohorteetako ikerlan retrospektiboa.	n= 185225 -Adina: 75≤ urte (M=83,4). -Ezugarriak: antidepressibodun preskripzioa (2007ko urtarrilak 1 eta 2013ko abenduak 31 bitartean).	-Partehartzaileen datuak: erregistro nazionaletatik jaso. -Elkarrizketak: autolesioak edo suizidioa burutu zuten pertsonen hurbileko familiarekin.	-Aldagai askeak: datu soziodemografikoak (adina, sexua, etxeko kide kopurua, egoera zibila, hezkuntza maila, lan mota). -Menpeko aldagaiak: suizidioan pentsatzea edo suizidio saiakera.	-Gizonezkoek jokaera suizida altuagoak (3,56, %95 KT 2,67-4,73) eta suizidio ahalegin gehiago (1,41, %95 KT 1.17-1.68). -Bi sexuetan suizidio ahalegin gehiago ezkongabeek (1,81 %95 KT 1.21-2.70) eta dibortzietuek (1,43, %95 KT 1,02-2,01) ezkonduekin konparatuz. -Bigarren Mailako Hezkuntza zutenek suizidio arrisku gutxiagoa Oinarrizko Hezkuntzakoekin konparatuz (0,71 %95 KT 0,51-0,99). -Suizidio arrisku altuena 75-79 urte bitarteko gizonezkoek zuten. Arriskuak behera adinarekin (0,45 %95 KT 0,24-0,85). -Egoitzetan bizi ziren adinekoek suizidio arrisku gutxiagoa.
Heisel et al. (19).	EEBB, 2011.	Kohorteetako ikerlana.	n= 626 (391 ♀ eta 235 ♂) -Adina: 65≤ urte (M= 75,75 urte). -Ezugarriak: guztiek gaixotasunak izan kontsultara joatean.	-Galdetegia: Suizidio ideiak ebaluatzeko "Entrevista Clínica Estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición".	-Aldagai askeak: datu soziodemografikoak (sexua, egoera zibila, lanaren egoera, bakarrik bizitzea, hezkuntza maila eta gaixotasunak). -Menpeko aldagaiak: depresio sintomak (GDS) eta suizidio ideiak (Ham-D eta SCI-DSMMD).	-Parte hartzaileen %82a lanetik erretiratua. -Gehien ikusi zen gaixotasun kronikoa hipertentsioa zen (%72), eta horren ostetik, artritisa (%64). -Pazienteen %35ak gogo-aldartean gorabeherak izan, %17ak depresio nahasmen handia eta %17ak depresio txikia. -Suizidio ideiak aipatutako pazienteek (n=69) GDS eta GDS-SI puntuazio altuagoak izan (p<0,001), depresio eta suizidio arriskuaren erakusle. -Ham-D eskalak ekarpen esanguratsurik ez.
Van Wijngaarden et al. (20)	Herbehereak, 2016.	Elkarrizketa kualitatibodun ikerlana.	n=25 -Adina: 70≤ urte (M=82 urte). -Ezugarriak: bizitza ez asetuaren ustea, bizitzeko sufrimendua, hil nahia, gaixotasun terminal eza, konpetentzia mentalak betetze ustea eta heriotz arrazoitze ustea.	-Elkarrizketa: bakoitzak 2 orduko iraupena.	-Aldagai askeak: datu demografikoak (sexua, adina, egoera zibila, seme-alabak, bakarrik bizitzea, sinesmenak, lanbidea, osasun arazoak). -Menpeko aldagaiak: atxikimendua, kontsiderazio arrazionala, kontrola hartzea, euskarria, legitimitatea, buruaz beste egitea	-Guztiek atxikimendu ezaren sentimendua (euren bizitzatik deskonektatuak eta etorkizunaren aurrean antsietate handia). -Gehienek desgaitasun fisikoa: bizitzaren kontrola, autonomia eta independentzia galeraren sentazioa, bizitzarekin amaitzeko nahia, gainerako pertsonentzat karga sentazioa. -Bizitzen jarraitzeko atxikimendu moduan: erlijioa, ariketa fisikoa... -Gehienek sufrimendu fisikoa eta bizitzen jarraitzeko beldurra: barne konpulsio eta emoziotik gidatuak, hiltzeko gogoa piztu. -Gizartean iruzurtu eta abandonatu sentazioa.

KT: Konfiantza Tarte; GDS: Geriatric Depression Scale; Ham-D: Hamilton Rating Scale for Depression; SCI-DSMMD: Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

4.taula: Berrikuspenean barne hartutako artikuluen datu eta emaitza adierazgarrien laburpena.

EGILEA	HERRIALDEA ETA DATA	DISEINU MOTA	LAGINA	METODOLOGIA	ALDAGAIK	EMAITZA NAGUSIAK
Troya et al. (21).	Ingalaterra, 2019.	Ikerketa kualitatiboa	n=16 -Adina: 65≤ urte -Ezaugarriak: autolesio ekintzak eta osasun fisiko eta mentalarekin erlazionatutako arazoak aitortzea.	-Elkarrizketak: guztira 24, 2017ko irailetik, 2018ko irailera bitartean (audioa grabatu). Iraupena: 28-129 minutu.	-Aldagai askeak: laguntza erabakia, iturriak. -Menpeko aldagaiak: autolesioen maneia.	-Paziente guztiek laguntza behar zutela aitortu: Lehen Mailako Arretara, gizartera, 3.sektorerara edo autolesioen aurrean sostengu taldeetara jo (profesionalen laguntza). -Autolesioen aurrean osasun profesionalen gaitasun eta interes faltak horiek ezkatuzera eraman, lotsa sentimenduak piztuz. -Osasun profesional batzuen esperientzia faltagatik, soilik osasun fisiko eta neurri farmakologikoetan zentratu. -Osasun mentaleko zerbitzua oso gaizki zeuden pazienteei soilik eskaintzen zitzaien. -Osasun profesionalen enpatia gaitasuna (autolesioen arazoa seriotzat hartzean) oso baloratua pazienteen artean → konfiantza eman buruhausteei buruz arazorik gabe hitz egiteko eta autolesioen errepikapenik ez egoteko.
Van Orden et al. (22).	EEBB, 2015.	Ausazko entsegu klinikoa.	n= 139 -Adina: 65≤ urte -Ezaugarriak: 2 azkeneko asteetan bakarrik sentitu eta/edo gainerako pertsonentzat karga bat zirela sentitu.	-Interbentzio taldea: 71 pertsoneri (%51), laguntasun kide bat esleitu 2 urteetan zehar. Telefonoz astean behin eta zuzenean hilean birritan elkarreragin. -Kontrol taldea: 68 pertsoneri (%49), zainketa tradizionala, ez zitzaien kiderik esleitu. -Bi taldeetan: 24 hilero ebaluazioa egin.	-Aldagai askeak: konexio soziala ("Cuestionario de necesidades interpersonales"). -Menpeko aldagaiak: suizidio arriskua (GSIS eta "Paykel Suicide" eskalari), depresioa (PHQ-9).	-Bakardadeak sintoma depresiboak areagotu eta suizidio arrisku gehiago izatera eraman. -Konexio sozialak suizidio arriskuan eragin, eta baita hainbat osasun adierazleetan ere: presio arterialean, loan, funtzionamendu fisikoan...
Heisel et al. (23).	Kanada (EEUU), 2016.	Ausazko entsegu klinikoa.	n=17 -Adina: 65≤ urte -Ezaugarriak: gogo-aldartean aldaketak eta suizidio ideien presentzia hitz egin.	-Interbentzioa: 50-60 minutuko 16 psikoterapia sesio (bat astero). -Jarraipena: suizidio ideien eta sintoma depresiboen larritasuna baloratu tratamendu aurretik, bitartean eta 6 hilabete ostean.	-Aldagai askeak: psikoterapia sesioak. -Menpeko aldagaiak: suizidio ideiak (GSIS), depresio sintomak (Ham-D; CESD-R), funtzionamendu soziala (SAS-SR), euskarri soziala (DSSI) eta ongizate psikologikoa (PWB).	Interbentzio taldea: -Suizidio ideien murrizketa nabaria, tratamenduaren ostean eta 6 hilabete ostean (GSIS puntuazioan jaitsiera). -Sintoma depresiboen murrizketa (Ham-D eskalan depresio puntuazioak erdira jaitsi). -Ekintza sozialen aurrean gozamina handiagoa, bikote eta familiarekin erlazioa hobetuz (SAS-SR). -Autonomia, heziketa pertsonal eta auto-onarketan hobekuntzak (PWB eskala).

GSIS: Geriatric Suicide Ideation Scale; PHQ-9: 9-item Patient Health Questionnaire ; Ham-D: Hamilton Rating Scale for Depression; CESD-R: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised; SAS-SR: Social Adjustment Scale-Self-Report; DSSI: Duke Social Support Index; PWB: Psychological Well-Being scale.

4.taula: Berrikuspenean barne hartutako artikuluen datu eta emaitza adierazgarrien laburpena.

EGILEA	HERRIALDEA ETA DATA	DISEINU MOTA	LAGINA	METODOLOGIA	ALDAGAIK	EMAITZA NAGUSIAK
Ponce et al. (24)	Txile, 2019.	Ausazko entsegu klinikoa.	n=10 (6 ♀ eta 4 ♂) -Adina: 68-90 urte. -Ezaugarriak: "PCDT" programa burutzeko funtzionaltasun motore egokia izatea.	-Interbentzioa: "PCDT" programa → 12 sesio, astero 3 egunetan, ariketa fisiko eta lan kognitibo errutina. Iraupena: 45 minutu.	-Aldagai askeak: PCDT programa, ariketa fisikoa (arte martzialak, luzaketak, ibiltzea...) eta kogniziorako lan ezberdinak (arnasa kontrolatzea, gorputz-adarren koordinazioa...). -Menpeko aldagaiak: depresio sintomak eta kognizio maila ("Yesavage" eskala eta "Pfeiffer" testa).	Interbentzio taldea: -Kognizio mailak gora egin (p<0,05) ariketa fisikoarekin, eta are gehiago ariketa fisikoa kogniziorako lan ezberdinekin konbinatzean. Hobekuntzak memorian, atentzian, gorputz kontzientzian eta orientazio espazialean. -Depresio sintomen murrizketa esanguratsuak (p<0,001).
Almeida et al. (25)	Australia, 2012.	Ausazko entsegu klinikoa.	n=373 (Lehen Mailako Arretako 197 mediku eta 176 erizain).	-Interbentzioa: Depresioaren eta auto-kaltearen portaeraren ebaluazio eta kudeaketarako hezkuntza materiala jaso. -Ikerketa jarraipena: >65 urteko paziente bakoitzeko 20 kontsulta (n=21762 paziente). - M=71,8 urte. - %58,8 emakumeak - %41,2 gizonak.	-Aldagai askeak: osasun profesionalak jasotako hezkuntza. -Menpeko aldagaiak: depresio sintomak (PHQ-9) eta suizidio ideiak (DSI-SS).	Interbentzio taldea: -Pazienteetan depresio eta autolesioen jokabideak %10ean jaitzi ziren (KT %95, %3-%17). -Interbentzioaren eragin erlatiboa ez zen esanguratsua izan depresioan (OR=0,93; IK %95 0,83-1,03), baina bai ordea autolesioak burutzeko jokabideen gain (OR=0,80; KT %95 0,66-0,96).

PCDT program: Physical-Cognitive Dual Task program; **PHQ-9:** 9-item Patient Health Questionnaire; **DSI-SS:** Depressive Symptom Index Suicidality Subscale.

EZTABAIDA

Berrikuspen bibliografiko honetan identifikatutakoaren arabera, zahartzaroko suizidioak gaixotasun mentalekin lotura du, nagusiki depresioarekin eta ostean, antsietatearekin (12-14,16,17,19,20). Independentziaren gutxitze edo gaixotasun kroniko bat izateak (16,19,20), kontrol kognitibo pobrea eta insomnioa pairatzea bezalaxe (13,15), suizidiora eraman dezake adineko pertsona. Honekin batera, lan honetan hainbat faktore soziodemografikok arrisku faktore gisa jotzen dutela identifikatu da, adibidez, adinak, gizonezkoa izateak (18), hezkuntza maila eskasak (14,18), egoera zibilak (17,18), lanetik erretiratzeak (12,17,19), bakardadea edo konexio sozial txarra izateak (12,17)... Bestalde, prebentzioari dagokionez, adineko pertsonen konexio soziala sustatzea bestelako pertsonekin edo psikoterapiarekin laguntza handikoa izan daiteke (22,23), baita ariketa fisikoa lan kongnitiboekin konbinatzea ere (24). Azkenik, nagusiek laguntza behar dutela aitortzea eta hura bilatzea garrantzitsua da (21), eta era berean, laguntza hori eskaintzen duten profesionalen hezkuntza maila nahikoa izatea (25).

Arrisku faktoreekin lotutako emaitzen interpretazioa

Artikulu guztiak irakurri ostean, ondorioztatu daiteke hainbat arrisku faktore daudela zahartzaroko suizidioan eragiten dutenak, eta askotan, faktore batek bestelakoetara eraman dezakeela pertsona (12-20), lehen aipatu bezala, suizidioak etiologia multifaktoriala duelako (9).

Arrisku faktoreen artean, sexuari dagokionez, gizonek buruaz beste egiteko aukera gehiago dutela identifikatu da (18). Zehazki, frogatuta dago emakumeak buruaz beste egiten gehiagotan ahalegintzen direla, baina gizonezkoak gutxiagotan saiatu arren, gehiagotan lortzen dutela suizidioa. Honen arrazoi modura, bibliografiak gizonezkoen borondate falta izan daitekeela deskribatzen du, bai zerbitzuetara jotzeko eta baita euren egoera pertsonala profesionali deskribatzeko orduan ere (29). Bestalde, hainbat ebidentzien arabera, adindunek gazteek baino depresio gehiago izan ohi dute (14), izan ere, suizidioen inguruko aurkikuntzek adinak aurrera egin ahala arriskuak gora egiten duela diote (4). Baina, berrikuspen honetan modu zehatzean, 75-79 urte bitarteko pertsonen suizidioa burutzeko arrisku gehiago dutela ikusi da, 65 urtetik gorako adin tarte osoarekin alderatuz (18).

Adinak aurrera egin ahala, pertsona adindunetan depresioa eta pentsamendu negatiboak pilatzen direla nabarmendu da, kasu horietan suizidioa burutzeko

arriskua 6 bider handiagoa izatera iritsiz (12). Suizidio ideiak, bestalde, zahartzaroan ohikoagoak diren osasun arazo eta gaixotasun kronikoak pairatzeak sortutako larritasun psikologikoarekin erlazionatu dira, aurreko ikerketekin bat eginez (16,19). Beste batzuen artean aipaturiko gaixotasun kroniko ohikoenak hipertentsioa eta artritisa izan dira eta osasun arazoaren artean insomnioa. Azken hau, modu garrantzitsuan ideia suizidekin lotura duen faktore aske modura deskribatu da, aztertu denez, insomnio ez tratatuak sintoma depresiboak areagotzen dituelako (15). Hala ere, oraindik ez dago ondo zehaztuta insomnioa ideia suiziden kausa den, ala suizidio ideiak insomnioaren kausa diren (15), beraz, ondorio hauek baieztatzeko bestelako ikerketak beharko lirateke. Ikerlari batzuen ustez, guzti honek desesperantzarekin lotura estua du (26), eta honen harira, kontraesanak aurkitu daitezke literatura zientifikoan, izan ere, gaixotasun kronikoak eta osasun arazoak dituzten pazienteek esperantza gehiago dutela ikusi izan da. Honen arrazoia pertsonaren sinesmenak eta gaitzak azaltzeko erlijioaren erabilera izan daitezke, hau da, gaixotasuna Jaungoikoaren erronka edo zigor baten moduan ikustea, eta sendatzea horren esku dagoela sinestea (14). Arlo hau gehien ikertzen duen lanak populazio handia hartzen duten arren (16), ikerlan gehiago egin beharko litzateke, kontraesanak argitzeko.

Adina eta gaixotasun kronikoen ondorioz, pertsona adindunek ezintasunak garatzen dituzte, eta kasu askotan, horrek autonomia edo independentzia galtzea suposatzen du (16,20). Lan honetan berrikusitako artikuluetan aipatzen denez, limite funtzionalak estutasun psikologikoa ekartzen zuen eta paziente askok hilda egotea nahiago zuten autonomia galtzea baino (16,18), adineko pertsonak eguneroko jardueren aurrean ezintasuna izatea bizitzeko gogo gutxirekin eta gainerako pertsonentzat karga bat izatearen sentsazioarekin lotu baitzen (16,20). Erlazio honi indar gehiago emateko, artikulua hauek publikatu eta elkarrizketatuek horiek irakurri ostean, euren sentimenduak ondo adierazten zirela aitortu zuten (20), beraien suizidio ideiak berretsiz.

Ikerketa askotan plazaratu da bakardadeak duen garrantzia suizidioan (12,17,27). Honekin bat etorritik, hainbat artikulutako emaitzetan adierazten da bakarrik bizitzeak edo lanetik erretiratu egoteak bakardadera edo sostengu falta izatera eramaten duela pertsona, depresioan murgilduz eta suizidio ideiak piztuz (12,14,17). Ideia hau identifikatutako beste arrisku faktore batzuekin erlazionatuta dago, hala nola, egoera zibilarekin (18), edota bakardadearekin testuinguru familiarrean (seme alabak izatea, alarguna izatea, anai-arreben galera...) (17).

Gainera, ebidentzia zientifikoa bat dator ezkongabea edo dibortziatuta izatearen ondorioz bakarrik bizi direnak isolamendu sozialera eta bakardadera jotzeko aukera gehiago dituztela azpimarratzearekin (28).

Aurretik aipatutako bakardadea eta ezintasunen ondoriozko karga sentsazioa pizten duten arrisku faktoreak zuzenean erlazionatuta daude “*Suizidioaren Teoria Interpertsionala*”-rekin (29). Bertan, pertsonak sentitzen duten bakardadeak frustrazioa sortzen duela azaltzen da, izan ere, pertsonen frustrazioa, karga sentsazioarekin elkartzen denean suizidio ideiak pizten dira, suizidio arriskua areagotuz (eranskinetako 5.irudia). Eta azkenik, bi hauei eskuratutako gaitasuna edo buruaz beste egiteko ahalmena batzen zaienean, pertsona hauentzat ihesbide bakarra askotan sufrimenduarekin amaitzea izaten da, euren buruaz beste eginez (29).

Bukatzeko, kontrol kognitibo pobrea hezkuntza maila baxuarekin lotu izan dute autore batzuek (30). Zenbait ikerlanetan hezkuntza maila baxua izatea suizidioaren arrisku faktorea izan daitekeela deskribatu izan da (14,18), Baina aipatu beharra dago, berrikuspen honetan erabilitako ikerlan batean, hezkuntza maila altuko pertsonak bakarrik hartu zirela kontutan eta, hala ere, horietako %11-k suizidio ideiak zituela aitortu zutela. Honi gehitu behar zaio, hezkuntza maila altua eta kalifikazio aurreratuak behar dituzten lanpostuetako emakumeen suizidio ideiak aztertzean, suizidio arrisku gehiago identifikatu zela (19). Hau, bat dator 50 urte baino gehiagoko jarraipena izan duen kohorte ikerlan erretrospektibo batekin, non kargu altuko emakumeek dituzten faktore estresagarri handiak suizidio arrisku gehiagorekin erlazionatzen diren (30). Horrenbestez, arlo honetan ebidentzia nahikoa lortu arte orokortasunak ekidin beharko lirateke.

Aipatutako arrisku faktore guzti hauen artean, batzuk aldagarriak dira, hau da, mota ezberdinetako interbentzioen bidez aldatu daitezke, modu horretan pertsonak suizidio ideiak garatzea ekidinez. Berrikuspen lan honetan identifikatutako arrisku faktore aldagarrien artean aipagarriak dira jarduera kognitiboa, independentziaren moldatzea, bakardade sentimendua eta euskarri soziala. Ondorioz, garrantzitsua da arrisku faktore hauen inguruan ebidentzia gehiago lortzeko ikerlan gehiago burutzea. Izan ere, horiek ondo ezagututa bakarrik lortuko da suizidioa prebenitzeko interbentzio egokiak garatzea.

Prebentzio fokuekin lotutako emaitzen interpretazioa

Berrikuspenean nabarmendu den bezala, suizidioaren faktorerik zuzenena depresioa da (12-14,16,17,19,20). Horrek, orain dela gutxi arte biztanleria osoarentzat prebentzio moduan erabilitako tratamendu ohikoena antidepresiboak izatea eragin du (18). Hala ere, azken aldian ikusi denez, arrisku faktore distalak hobetuz gero, buruz beste egiteko desioa edo jokaera prebenitzen edota murrizten da askotan (23). Aipatzekoa da, suizidioa prebalentzia handiagoan gertatzen dela adineko pertsonetan gazteekin konparatuz gero (14). Ondorioz, ikusi izan da pertsona gazteagoetan erabilitako interbentzioak, adineko pertsonetan ez direla hain eraginkorrak (18). Honi lotuta, azken urteetan literatura zientifikoak aditzera eman du pertsona adindunetan suizidioak ekiditeko zenbait interbentzio berri frogatzen hasi direla, berrikuspen honetan interbentzio ikertuenak identifikatu direlarik (21-25).

Osasun Publikoak eta *“Suizidioaren Prebentziorako Estrategia Nazionala”*-k azaltzen dutenez, konexio sozialean oinarritzen diren interbentzioek, konexio indibidualaren, familiarraren eta komunitatearen ikuspegi sendoa garatzen dute, era berean aurretik aipaturiko *“Suizidioaren Teoria Interpertsonala”*-rekin ere bat egiten dutelarik (29,31). Konexio soziala sustatzeko beste interbentzio mota bat psikoterapiaren bidezkoa da, eta aurretik egindako aurkikuntzek sintoma depresiboen eta suizidio ideien larritasuna murrizteko eta ongizate psikologikoa sustatzeko eraginkorra dela bermatzen dute (32). Berrikuspen lan honetan, konexio sozialean eta psikoterapian oinarritutako interbentzioetan hautemandako onurak bat datoz literaturako emaitza hauekin (22,23). Hala ere, psikoterapiaren kasuan aipatu beharra dago, interbentzioaren ostean sintoma depresiboen larritasuna oraindik maila altuetan zegoela kontsideratu zela (23). Honek agerian uzten du interbentzio mota hau jarraitua eta epe luzekoa izan beharko litzatekela. Honez gain, lan kognitiboekin konbinatutako ariketa fisikoan oinarritutako interbentzioetan identifikatutako depresio sintomen jaitsiera eta kognizio mailen igoera (24), bat dator beste ikerlari batzuk azaldutakoarekin. Adibidez, Espainian 2014.urtean egindako lan batean, egoera kognitiboan eta independentzian hobekuntzak ikusi ziren besteak beste (33). Ondorioz, ariketa fisikoa tratamendu ez farmakologiko osagarri eta eraginkor bat bezala kontsideratu daiteke, modu errazean ezarri daitekeelako eta kostu baxukoa delako (24).

Lehen Mailako Arretara jotzen duten adineko pertsonen buruz informazio gutxi dago. Normalean, anbulatorioetara jotzen dute gaixotasun fisiko edo

kronikoengatik, baina osasun profesionalen aurrean entzunak sentitzen ez direnez ez dute horien laguntzarik eskatzen (21,34). Berrikuspen honetako ikerlan batean, interbentzioa osasun profesionaletan ezarri zen pazienteetan zentratu ordez, eta bertan adierazi zenez, hezkuntza jaso zuten osasun profesionalen pazienteetan autolesioen arriskua murriztu egin zen (25). Gainera, nahiz eta interbentzio horren ostean epe luzera suizidio tasen jaitsiera antzeman zen, literatura zientifikoak azaltzen duenez, oraindik ez dago ebidentzia nahikoa gaiaren inguruan heziketa jasotako osasun profesionalak tratatzean depresioaren larritasuna jaisten dela ondorioztatzeko (34). Informazio hau kontuan izanda, gehiago ikertu beharko litzateke arlo honetan, osasun profesionalen heziketa espezializatuak pazienteengan daukan eragin zehatza ulertzeko.

Bukatzeko, eta hainbeste aipatu den bakardadea berriro ere plazaratuz, berrikuspen honen azterlanetan ikusi ez den bestelako interbentzio bat ere aipatu beharra dago, entzute aktiboan zentratzen dena. *“Teléfono de la Esperanza”* elkarte horren adibide argia da, ideia autolitikoak edo krisi egoeran dauden pertsonak bertara deitu dezaketelako euren egoera pertsona hezituei azalduz eta prebentzio protokolo bat martxan jarritz. Gainera, bakardadea saihesteko prebentzio programa bat dute, arazo hori duten pertsonen laguntza eskainiz (35).

Laburbilduz, ikerlanetako interbentzio guztiak kontuan hartuta (prebentzio fokuak eta profesionalen hezkuntza egokia alegia) epe laburrera onurak dakartzatela ikusi daiteke (21-25), baina eraginkorragoa izango litzateke ikerketa horien konbinazioa sortzea eta jarraipena egitea horien efektuak epe luzera zeintzuk diren aztertu ahal izateko. Era horretan bakarrik izango da posible suizidioaren prebentziorako interbentzio ez farmakologikoen eraginkortasuna balioztatzea.

Azterlanen mugak

Kontuan hartzekoa da hautatutako ebidentziek izan ditzaketen mugapenak, horiek saihestu nahi izan diren arren.

Lanaren gaia, suizidioa alegia, estigmatizatuta dago eta tabu moduan hartzen da gure gizartean, izan ere, egunero gertatzen dela jakin arren, oraindik beldurrez aipatzen da jendearen artean. Hori dela eta, artikuluetan partaide guztiek joera suizidak aitortzeko beldurra edo lotsa sentitzeagatik, egia osoa esan ez izana gertatu daiteke eta ondorioz emaitzen distortsioa sortu.

Ikerlanen laginaren tamainari dagokienez, horietako batzuen tamaina txikia da (100etik behera) (15,20,21.23.24), eta hori kontuan izanda, oso zaila egiten da

bertako emaitzak populazio osora orokortzea eta ondorio fidagarriak ateratzea. Gainera, horien diseinuari erreparatuz gero, 4 azterlanek zeharkako diseinua dute (14-17), eta lan mota hauetan nahasmen faktoreak ager daitezke; beste bik diseinu kualitatiboa dute (20,21), subjektibotasunean oinarrituta daudenak. Ondorioz, ezinezkoa da pertzepzio horiek populazio osora orokortzea. Bestalde, ikerlan batean, euren buruaz beste egin zuten pertsonen familia eta lagunek hildakoen ezaugarriez hitz egin dute, datu batzuk aldatu edo faltan geratu izatea posible delarik (12).

Atal honekin bukatzeko, erabili diren azterlanen aniztasuna eta desberdintasunak azpimarratu nahi dira, gaiari buruzko informazioa eskasa delako oraindik, eta ondorioz, horien aukeraketa eta interpretazio zuzen bat egitea zaila izan da. Askotan, lanen arteko homogeneotasuna eta bat egiteak faltan bota dira. Beraz, lanean aipatu den moduan, arlo zehatzetan ikerketa gehiago eginez gero, emaitzak orokortu ahal izango lirateke eta ebidentzia gehiago izan gai korapilatsu honen inguruan.

ONDORIOAK

Berrikuspen bibliografiko hau burutzean, ikerlanen emaitzak behatuz eta hausnarketa egin ostean, honako ondorio hauek atera dira:

- Hainbat arrisku faktore daude zahartzaroko suizidioan eragiten dutenak, esaterako aurrekari psikiatrikoak, autonomia eta independentziaren gutxitzea, insomnioa, kontrol kognitibo pobrea, sexua, adina, hezkuntza maila baxua, egoera zibila, bakarrik bizitzea eta horrekin batera, bakardadea. Faktore hauetako bakoitzak beste bat potentziatu dezake, pertsona depresioan murgilduz eta azkenik, buruaz beste eginez. Guztiak hartu behar dira kontutan prebentzio foku eraginkorrak sustatu ahal izateko.
- Prebentzio foku ez farmakologikoei dagokienez, aipagarriak dira konexio sozialak sustatzea, psikoterapia, ariketa fisikoa eta baita Lehen Maila Arretako profesionalen hezkuntza. Azken honetan zentratuz gero, Lehen Mailako Arreta bestelako sektoreekin bat egitea komenigarria da, pazienteek behar izanez gero horietara jotzeko eta sostengu integrala bermatzeko.

BIBLIOGRAFIA

1. Suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Velásquez Suarez JM. Suicide in the elderly. Rev Colomb Psiquiatr. 2013;43 Suppl 1:80–4.
3. Las cifras del suicidio en España: ya provoca el doble de muertes que los accidentes de tráfico [Internet]. Niusdiario.es. 2020 [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri: https://www.niusdiario.es/salud-y-bienestar/datos-suicidio-primera-segunda-causa-muerte-externa-espana-doble-accidentes-trafico_18_2980170137.html
4. Observatorio del Suicidio en España [Internet]. Fsme.es. [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
5. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Ine.es. [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri: <https://www.ine.es/>
6. Antoni J. EL SUICIDIO EN ANCIANOS. Prevención e intervención psicológica [Internet]. Wordpress.com. 2019 [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri: <https://psicologosemergenciasbalears.wordpress.com/2019/10/07/el-suicidio-en-ancianos-prevencion-e-intervencion-psicologica/>
7. Ribot RVC, Alfonso RM, Ramos AME, et al. Suicidio en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2012;11(Suppl: 5):699-708.
8. Conwell Y, van Orden K, Caine ED. Suicidio en ancianos. Psiquiatr Biol. 2012;19(4):127–36.
9. Suicidio en la vejez, una amenaza silenciosa [Internet]. Fiapam.org. [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri: <https://fiapam.org/suicidio-en-la-vejez-una-amenaza-silenciosa/>
10. Su Hyun Kim Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. Geriatric Nursing 37 (2016) 9e12
11. Ribot Reyes Victoria de la Caridad, Alfonso Romero Maritza, Ramos Arteaga Martha Elena, González Castillo Antonio. Suicidio en el adulto mayor. Rev haban cienc méd [Internet]. 2012 [citado 2021 Abr 27] ; 11(Suppl 5): 699-708. Eskuragarri: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es)

12. Niu L, Jia C, Ma Z, Wang G, Sun B, Zhang D, et al. Soledad, desesperanza y suicidio en la vejez: un estudio de autopsia psicológica de casos y controles en la China rural. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020; 29 (e119): e119.
13. Szanto K, Galfalvy H, Vanyukov PM, Keilp JG, Dombrovski AY. Vías hacia la conducta suicida en la vejez: análisis de conglomerados y validación predictiva de la conducta suicida en una muestra de adultos mayores con depresión mayor. *Psiquiatría de J Clin* [Internet]. 2018; 79 (2). Eskuragarri: <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2018/v79n02/17m11611.aspx>
14. Hedna K, Andersson Sundell K, Hensing G, Skoog I, Gustavsson S, Waern M. Comportamientos suicidas en la edad avanzada entre nuevos usuarios de antidepresivos: un estudio poblacional prospectivo de factores sociodemográficos y de género en personas de 75 años o más *BMJ Open.* 2018; 8 (10): e022703.
15. Nadorff MR, Fiske A, Sperry JA, Petts R, Gregg JJ. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(2):145–52.
16. Zhu J, Xu L, Sun L, Li J, Qin W, Ding G, et al. Chronic disease, disability, psychological distress and suicide ideation among rural elderly: Results from a population survey in Shandong. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018;15(8). Eskuragarri: <https://www.mdpi.com/resolver?pii=ijerph15081604>
17. Nam EJ, Lee J-E. Mediating effects of social support on depression and Suicidal Ideation in older Korean adults with hypertension who live alone. *J Nurs Res.* 2019;27(3):e20.
18. Aslan M, Hocaoglu C, Bahceci B. Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. *Cien Saude Colet.* 2019;24(5):1865–74.
19. Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for suicide ideation among older primary care patients. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):260–9.
20. van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A. Caught between intending and doing: older people ideating on a self-chosen death. *BMJ Open.* 2016;6(1):e009895.
21. Troya MI, Chew-Graham CA, Babatunde O, Bartlam B, Mughal F, Dikomititis L. Role of primary care in supporting older adults who self-harm: a qualitative study in England. *Br J Gen Pract.* 2019;69(688):e740–51.

22. Van Orden KA, Stone DM, Rowe J, McIntosh WL, Podgorski C, Conwell Y. The Senior Connection: Design and rationale of a randomized trial of peer companionship to reduce suicide risk in later life. *Contemp Clin Trials*. 2013;35(1):117–26.
23. Heisel MJ, Talbot NL, King DA, Tu XM, Duberstein PR. Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(1):87–98.
24. Ponce J, Latín C, Leiva V, Cortés G, Rodríguez F, Jiménez CE. Non-pharmacological motor-cognitive treatment to improve the mental health of elderly adults. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(3):394–403.
25. Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, Sim M, Flicker L, Snowdon J, et al. A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *Ann Fam Med*. 2012;10(4):347–56.
26. O'Connor RC, Smyth R, Ferguson E, Ryan C, Williams JMG. Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(6):1137–43.
27. Djundeva M, Dykstra PA, Fokkema T. Is living alone “aging alone”? Solitary living, network types, and well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2019;74(8):1406–15.
28. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing*. 2004 Jul;33(4):378-83. doi: 10.1093/ageing/afh128. Epub 2004 May 19. PMID: 15151913.
29. Telefonodelaesperanzalarioja.org. [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri:
<https://www.telefonodelaesperanzalarioja.org/images/PlanDePrevencionDeSuicidioDeLaRioja.pdf>
30. Pudrovská T, Karkaker A. Gender, job authority, and depression. *J Health Soc Behav*. 2014;55(4):424–41.
31. Office of the Surgeon General (US), National Action Alliance for Suicide Prevention (US). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and objectives for action: A report of the U.S. surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. U. S. Department of Health & Human Services; 2012.

32. Perepletchikova F, Treat TA, Kazdin AE. Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Dec;75(6):829-41. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.829. PMID: 18085901.
33. Gómez MBG, Aranda AB, Jiménez SB. Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados. *Informació psicològica*. 2013;(106):41–53.
34. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 Aug;80(2):151-4. doi: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb01318.x. PMID: 2801163.
35. o2w Leading Software www.o2w.es. Telefono de la Esperanza [Internet]. Telefonodelaesperanza.org. [citado el 27 de abril de 2021]. Eskuragarri: <https://telefonodelaesperanza.org/>

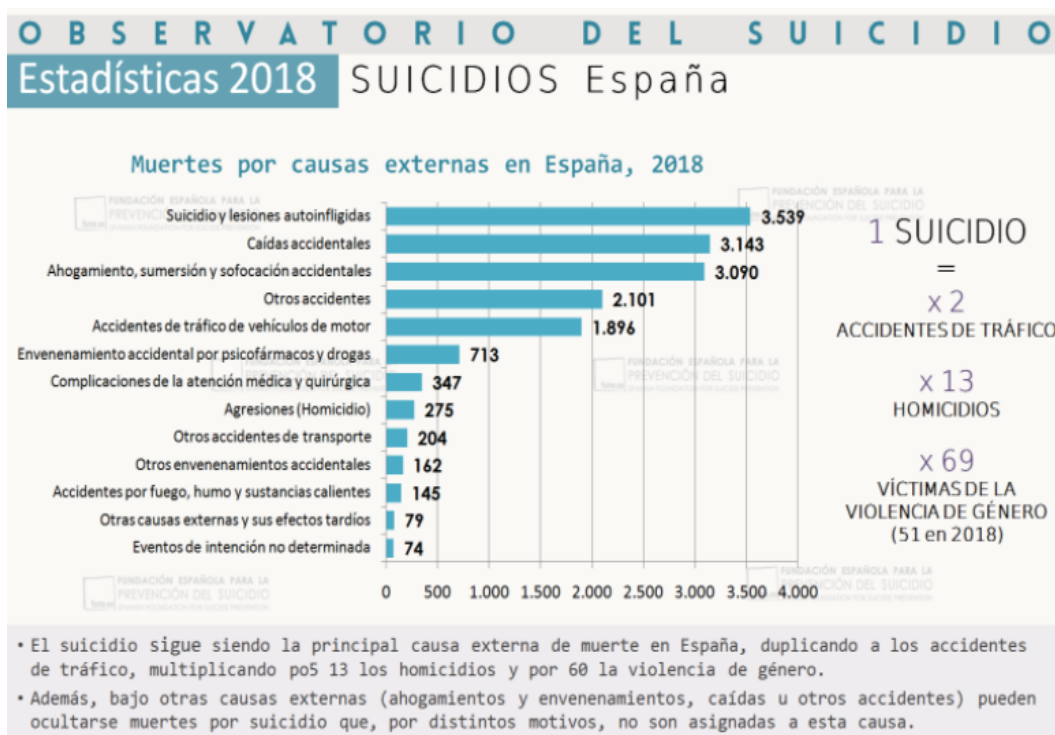
ERANSKINAK

Eranskinetako 1.irudia: Espainian 2018.urtean egondako suizidio tasak adinaren arabera. Adinak gora egin ahala suizidioek gora egiten dutela ikusi daiteke.

Jatorria: Observatorio del Suicidio en España (4).

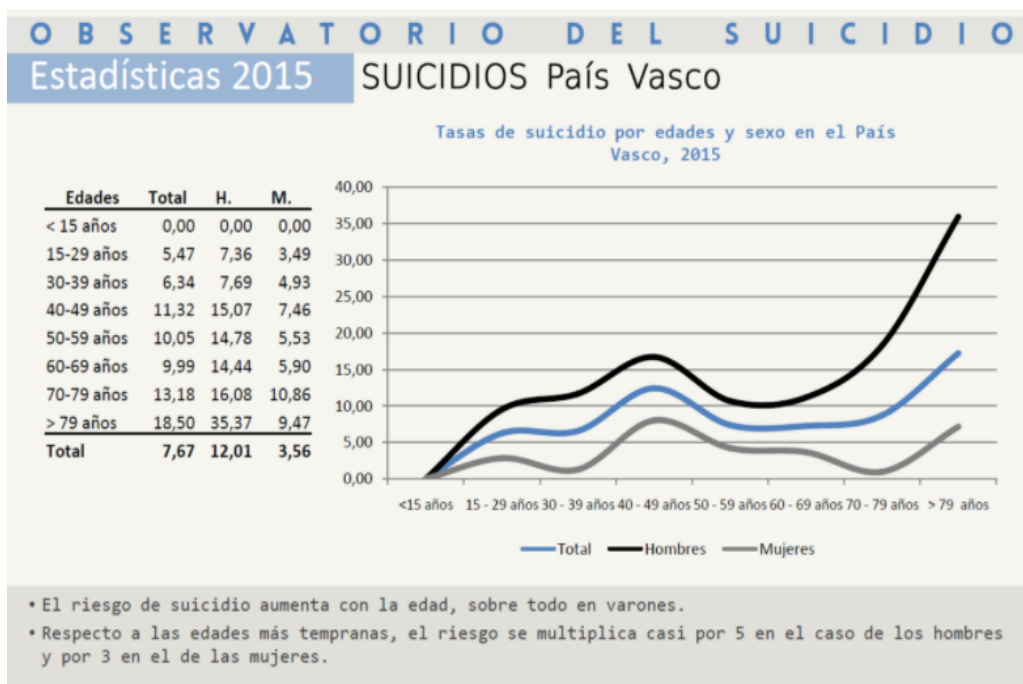


Eranskinetako 2.irudia: Espainian 2018.urtean kanpoko kausen ondorioz egondako heriotzak, suizidioa eta autolesioak direlarik 1.postua hartzen dutenak. Jatorria: Observatorio del Suicidio en España (4).



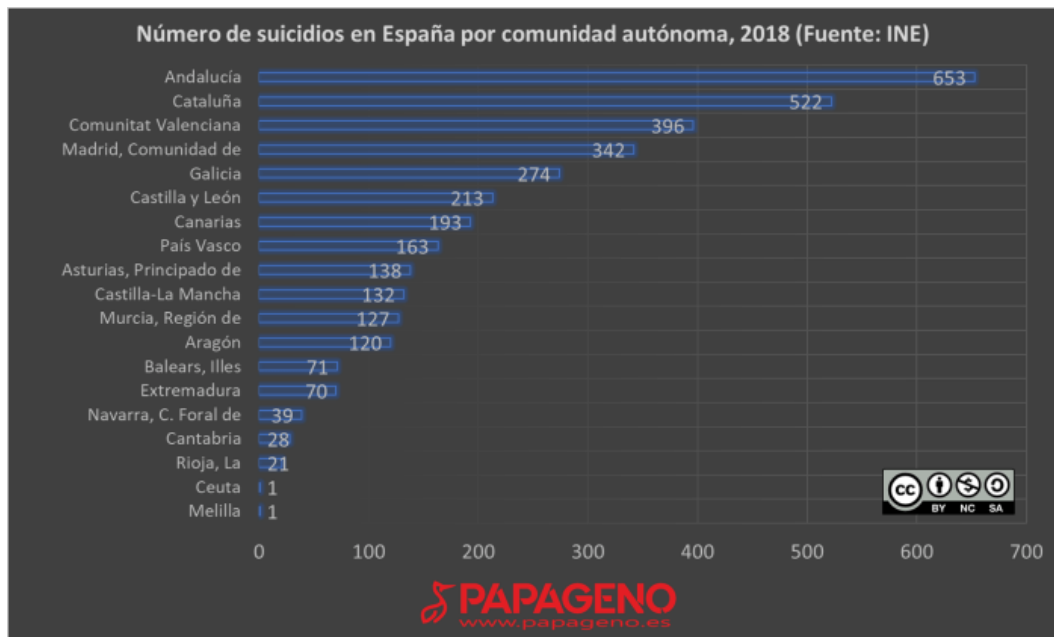
Eranskinetako 3.irudia: Euskal Herrian 2015.urtean egondako suizidio tasak adinaren arabera. Adinak gora egin ahala suizidioek gora egiten dutela ikusi daiteke.

Jatorria: Observatorio del Suicidio en España (4).



Eranskinetako 4.irudia: Espainiako erkidego bakoitzean egondako suizidio tasak 2018.urtean. Euskal Herria 8. postuan ageri da.

Jatorria: INE (Instituto Nacional de Estadística) (5).



Eranskinetako 5.irudia: “Suizidioaren Teoria Interpertsionala” irudi batean azalduta.

Jatorria: Plan de Prevención de Suicidio de La Rioja (27).

