

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria

2024-2025

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS
MAYORES EN CONTEXTOS RESIDENCIALES**

**A SUICIDAL BEHAVIOUR PREVENTION PROGRAM FOR OLDER ADULTS IN
RESIDENTIAL SETTINGS**

(Diseño de programa de prevención)

CRISTINA REVUELTA DÍAZ

Oviedo, enero de 2025

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
1.1. Descripción del problema y población diana.....	6
1.2. Contexto residencial como lugar de desarrollo.....	7
1.3. Evaluación y descripción de las necesidades que debe cubrir el nuevo programa de intervención.....	9
2. Bases teóricas y conceptuales de la intervención.....	13
2.1. Factores de riesgo y protección.....	16
2.2. Programas de prevención implementados.....	19
3. Programa de prevención.....	23
3.1. Objetivos.....	23
3.2. Actividades.....	25
3.3. Método.....	34
3.3.1. Diseño.....	36
3.3.2. Participantes.....	37
3.3.3. Instrumentos.....	38
3.3.4. Procedimiento y cronograma.....	40
4. Conclusiones.....	43
5. Referencias.....	47
Anexos.....	54

Resumen

El incremento de problemas de salud mental en personas mayores, como la depresión o el suicidio supone un reto para la salud pública y la sociedad. La institucionalización, junto a factores de riesgo propios de esta edad generan vulnerabilidad, incrementando la probabilidad de realizar la conducta suicida. Ante la ausencia de programas específicos de prevención en este contexto, se propone el diseño del presente programa, basado en la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020), con un diseño pretest-postest comparativo de tres fases organizadas en 4 meses. Incluye la evaluación de la salud mental de los residentes, 10 sesiones grupales de intervención y un seguimiento individualizado. Los resultados esperados son disminuir la incidencia de ideación o conductas suicidas mediante un enfoque integral que aborde y mejore la salud mental, el bienestar emocional y la calidad de vida. Este programa se presenta como una herramienta innovadora y necesaria en residencias, sentando bases para futuras investigaciones contribuyendo significativamente a la prevención de la conducta suicida en este contexto vulnerable. Reformula el modelo de institucionalización, transitando hacia alternativas centradas en la persona, su autonomía y una mejor calidad de vida.

Palabras clave: prevención, personas mayores, residencias, suicidio, depresión.

Abstract

The increase in mental health problems in elderly people, such as depression and suicide, is a challenge for our public health system and our society. Institutionalization plus many age-related risk factors mean a vulnerable situation, increasing the risk of suicide behaviour. Due to the lack of specific programs to prevent such suicidal behaviours, the following program is proposed based on the *Clinical practice guide to prevent and treat suicide behaviour (Health, Social Politics and Equality Ministry, 2020)*. This pre-test and after-test program is divided into three phases extended for four months. In it is evaluated the mental health of every resident, we interviewed through 10 group intervention sessions and monitoring every individual. We expect to reduce the frequency of suicidal behaviour and ideation by implementing a comprehensive approach that addresses mental health, emotional well-being and quality of life. This program is presented as an innovative and necessary tool in residential settings, setting the bases for future research and contributing in a significant way to prevent suicidal behaviours in this vulnerable context. We must highlight the importance of restructuring the traditional model of institutionalization transitioning to new alternatives, which focused on the person, their independence and a higher quality of life.

Keywords: prevention, older adults, residential settings, suicide, depression

1. Introducción

El envejecimiento en la población es un suceso a nivel mundial que ha adquirido importancia en los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la población global envejece cada vez más rápido. En 2020 hubo mil millones de personas con más de 60 años en todo el mundo. Para 2030, se prevé que el número aumente hasta 1.400 millones, o lo que es lo mismo, una de cada seis personas. En 2050 se duplicará, estimándose que 2.100 millones de personas serán mayores de 60 años (OMS, 2023).

De forma acorde con estos datos, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024), las cifras de envejecimiento en España alcanzaron un nuevo récord en 2023, con un 20,4% de la población mayores de 65 años. Se pronostica que este porcentaje aumentará hasta el 30,5% en 2055 debido a la combinación de la baja natalidad y la alta esperanza de vida, que en la actualidad se eleva a 83,2 años (INE, 2024).

Alrededor del 14% de las personas de más de 60 años sufre un trastorno mental (OMS, 2023). Entre estos trastornos destaca la depresión como uno de los que sufren con mayor frecuencia y aumentan su vulnerabilidad. Aunque las causas son multifactoriales, entre ellas puede destacarse que están expuestas, en gran medida, a diversos acontecimientos adversos que van desde el deterioro de la salud y sus cambios físicos, hasta pérdidas y cambios sociales característicos de esta etapa como los cambios de roles, la viudedad y muerte de seres queridos, la jubilación, la aparición de la dependencia o la pérdida de estabilidad económica (Laínez et al., 2022; Millán, 2006).

Es más, una cuarta parte (27,2%) de las muertes por suicidio se producen en personas de 60 años o más (Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2019; OMS, 2023). En España, el riesgo de suicidio aumenta progresivamente con la edad, especialmente en el caso de los varones, registrándose las mayores tasas entre los 60 y los 69 años de edad (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023). En la “Tabla 1” se recogen los datos obtenidos para las personas a partir de 60 años.

Tabla 1.

Número de suicidios a partir de 60 años en España, 2022 (adaptada de Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023).

Edades	Total	Hombres	Mujeres
60-69 años	663	494	169
70-79 años	487	350	137
>79 años	529	402	127
Total	1679	1246	433

1.1. Descripción del problema y población diana

El envejecimiento es un proceso natural, progresivo y universal que comienza normalmente alrededor de los 65 años y afecta al individuo en distintos ámbitos. Biológicamente, se reduce la capacidad de autorregulación y adaptación, disminuyendo la supervivencia. Psicológicamente, implica cambios en las funciones cognitivas y afectivas, aunque no siempre en declive, así como en la personalidad. Socialmente, se transforma el rol familiar y social, con una frecuente disminución en las relaciones y el interés por el exterior, mientras se refuerzan rutinas y costumbres (Crestani et al., 2019; Millán, 2006; Valera & Lucerón, 2021).

El suicidio es un fenómeno universal y humano que se explica mediante un *continuum*, ya que no implica solo la muerte por suicidio, sino que también incluye la ideación suicida, la comunicación suicida, la planificación y el intento suicida. Además, se trata de un fenómeno multicausal, multidimensional, dinámico, contextual, dependiente de la persona, de los problemas de la vida y fenomenológico (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2023).

En las personas mayores, la presencia de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar y los trastornos de la personalidad aumentan el riesgo de suicidio, siendo la depresión el predictor más frecuente, especialmente en mujeres (Laínez et al., 2022; Valera & Lucerón, 2021).

El suicidio y la depresión en esta edad son difíciles de identificar, presentando características diferentes a las de otras etapas de la vida (Cerna, 2015; Ortíz et al., 2023).

Además, un intento de suicidio previo es un fuerte predictor de futuros intentos, especialmente en combinación con trastornos mentales (Molina et al., 2020; Valera & Lucerón, 2021). Aunque estos son menos frecuentes que en los jóvenes, son más efectivos y presentan menos señales de aviso (Ortíz et al., 2023). Según Crestani et al. (2019), esta efectividad se debe a que los mayores, al ser más frágiles, tienen más probabilidades de acabar con su vida en un primer intento. Del mismo modo, aunque realizan menos intentos de autolesiones, emplean métodos más letales (Sánchez, 2013), como ahorcamiento, precipitación, disparo con arma de fuego, ingesta de venenos e intoxicación por monóxido de carbono (Laínez et al., 2022).

Existen dos tipos de conductas suicidas en las personas mayores: las activas, en las que el contacto con la muerte es directo, y las pasivas, que implican dejar de realizar actividades básicas para la supervivencia, como alimentarse o tomar medicamentos (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2023). Otros autores lo denominan “suicidio silencioso” o “síndrome de deslizamiento”, reflejando la intención enmascarada de ocasionar el fin de su vida a través de métodos no violentos como abandono de hábitos o autocuidado, desinterés por el entorno, rechazar ayuda o realizar conductas regresivas, entre otros (Laínez et al., 2022).

1.2. Contexto residencial como lugar de desarrollo

A continuación, se examina el fenómeno del suicidio en las residencias de la tercera edad, un contexto donde la información disponible específica sigue siendo limitada.

Diversos estudios describen que existe una proporción considerable de riesgo suicida entre los residentes. Por ejemplo, se investigó la prevalencia de la conducta suicida en 100 personas mayores institucionalizadas en residencias de Granada, de las cuales 68 eran mujeres y 32 eran hombres. Se encontró que el 41% de los residentes presentaba algún nivel de riesgo suicida. Este hallazgo resalta la necesidad de investigar las características del riesgo suicida en este contexto (Rubio et al., 2009).

Entre los factores de riesgo más relevantes asociados al suicidio en este entorno destaca en la depresión, presente en la mayoría de los casos, y la reciente institucionalización, debido a que la mitad de las personas que mueren por suicidio llevan menos de 12 meses internos (Murphy et al., 2015). Dicha institucionalización es valorada negativamente por parte de los residentes, lo que aumenta la ideación suicida durante la transición o el periodo previo al ingreso, factor que puede ser modificado con las intervenciones adecuadas (Jain et al., 2020). Para abordar este problema, se propone que la prevención debe ser continua y en todas las etapas, desde que la persona ingresa en la residencia hasta que hay un seguimiento post-crisis (Salvatore, 2023).

Diferentes investigaciones examinan los suicidios consumados por personas que viven en residencias para entender la frecuencia y los factores que contribuyen a estas muertes. La mayoría son realizados por hombres, y los métodos más utilizados son el ahorcamiento y la caída desde la altura. Otros métodos incluyen la toxicidad por drogas, el ahogamiento y los cortes (Murphy et al., 2015).

Otros factores que forman parte de esta problemática son el deterioro de la salud física y haber presentado conductas suicidas previamente. A nivel personal, se identifican otros factores que influyen, como la pérdida de un cónyuge y la pérdida de la dignidad personal. Los comportamientos suicidas, a pesar de la supervisión constante en las residencias, suelen pasar desapercibidos, poniendo en manifiesto la necesidad de una mejora en la detección. De esta forma, estrategias de prevención como el entrenamiento de los “gatekeepers” ha demostrado tener un impacto significativo en diversos estudios (Chauliac et al., 2016; Murphy et al., 2015; Salvatore, 2023).

A pesar de lo expuesto previamente y de que determinadas estrategias pueden ser útiles para disminuir las tasas de conducta suicida, en la práctica existe una carencia de programas preventivos específicamente diseñados en este contexto. La comunidad experta reclama la urgencia de reforzar la prevención del suicidio a nivel nacional e internacional en los grupos más vulnerables, como son las personas mayores. Un aspecto que señalan los expertos como necesario en nuestro país, y que ya se realiza en otros, son la instauración de programas específicos de prevención de suicidio para residencias de la tercera edad (Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados, 2024).

Por lo tanto, la evidencia descrita resalta la necesidad de implantar una propuesta multidimensional y continua en la prevención del suicidio en el contexto residencial, incluyendo el manejo no solo de factores personales de los residentes, sino también el entrenamiento en detección temprana de factores de riesgo en esta población (Murphy et al., 2015; Rubio et al., 2009; Salvatore, 2023).

1.3. Evaluación y descripción de las necesidades que debe cubrir el nuevo programa de intervención.

El diseño del presente programa de prevención de suicidio en residencias de mayores en España responde a una serie de necesidades específicas, resultado de la mayor vulnerabilidad y riesgo de conducta suicida que presenta este sector de la población. A pesar de la magnitud del problema, los programas de prevención de suicidio en la vejez son insuficientes. En el caso específico de las residencias son prácticamente nulos, y la falta de datos actualizados de cifras agrava la invisibilidad del fenómeno (Láinez et al., 2022). Por lo tanto, a continuación se describen aspectos que deben ser abordados para ofrecer una respuesta integral y efectiva ante dicha problemática en este contexto.

En primer lugar, el suicidio en residentes es un tema poco investigado. Aunque se sabe poco sobre la incidencia real y la tasa de mortalidad por esta causa en los centros, los estudios confirman que este suceso ocurre e identifican los factores de riesgo asociados. Es necesaria la investigación en este campo, porque la población en riesgo que vivirá en las residencias aumentará exponencialmente en los próximos años (Salvatore, 2023). Es preciso realizar más investigaciones en este área y establecer métodos estandarizados para comprender el suicidio y poder prevenirlo, ya que ninguno de los estudios analizados examinaron intervenciones para prevenir suicidios en entornos residenciales (Murphy et al., 2015). Es crucial ampliar y mejorar la recopilación de datos, no solo de mortalidad, ya que junto con los recursos adecuados permitiría establecer objetivos más claros, y evaluar los resultados a medio y largo plazo. Además, el estigma silencia la conducta suicida y actúa como barrera a la hora de conocer el número real de suicidios debido a la ocultación o enjuiciamiento, limitando la petición de ayuda e incrementando el riesgo (Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados, 2024).

Por lo tanto, es imprescindible que el programa incluya un sistema de recogida de datos sistemático, transparente y frecuente para identificar la incidencia real de suicidios en este entorno. Contar con estos datos permitirá crear una base sólida para la elaboración de medidas preventivas.

En segundo lugar, la depresión es uno de los factores más significativos asociados al suicidio en personas mayores. Una de las medidas claves para prevenirlo es instruir a los profesionales de la salud, sobre todo a los médicos generales, para que detecten este problema y así poder derivar correctamente a los residentes a un profesional de la salud mental, ya que un porcentaje alto de personas mayores que mueren por suicidio habían visitado a su médico en las semanas o días previos al intento. Por lo tanto, se plantea la necesidad de mejorar la intervención clínica y acceso de las personas mayores a servicios de salud mental de calidad en las residencias, debido a la evidente falta de acceso a recursos adecuados y con personal capacitado (Jain et al., 2020; Laínez et al., 2022).

En tercer lugar, una necesidad a abordar es la reducción de la soledad y fomento del apoyo social. La soledad es un problema que afecta negativamente a la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas. Esta puede ser emocional (falta de vínculos afectivos cercanos) o social (red social deficiente o la falta de relevancia para un grupo). La primera es más prevalente y se asocia frecuentemente con la depresión. Por lo tanto, una medida es enriquecer la asistencia social y sanitaria (a través de ayuda a domicilio, tele-ayuda o atención telefónica 24 horas al día), ya que muchas personas mayores viven solas y no informan sobre sus preocupaciones. Este mayor contacto para pedir ayuda puede prevenir comportamientos suicidas (Laínez et al., 2022; Molas et al., 2023; OMS, 2010). Reducir el impacto de la soledad en esta población, no solo contribuye a la prevención de la conducta suicida, sino que también previene las múltiples condiciones de salud a mayor escala (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2023).

En cuarto lugar, es importante la creación de un entorno seguro en las residencias, modificando el entorno físico para reducir las conductas suicidas, como la eliminación de puntos de colgado o la restricción del acceso a lugares elevados. Una medida de restricción del acceso a medios letales en personas mayores consiste en reducir el acceso a fármacos de alta letalidad. Estos cambios estructurales son fundamentales para

crear un ambiente seguro que minimice las oportunidades de que los residentes realicen conductas autolesivas (Murphy et al., 2015; Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados, 2024).

En quinto lugar, diversos estudios muestran que la calidad de vida es peor en los mayores de las residencias frente a la de los que viven con sus familias, siendo los factores más afectados la pérdida de autonomía personal, la intimidad y la participación social. La pérdida de contacto social, sobre todo en las mujeres, y las actividades limitadas en la residencia reducen su bienestar, aumentando el sentimiento de soledad, mayor dependencia y los síntomas depresivos. Uno de los mayores impactos de la institucionalización es el deterioro en su salud física y psicológica, en comparación con quienes viven con su familia. Esto sugiere la necesidad de mejorar los modelos de atención y cuidado en las residencias, centrados en la persona y que promuevan la autonomía, con una atención más humanizada y basada en las necesidades individuales de los residentes (Acevedo et al., 2014; Martínez et al., 2023).

Aunque las residencias de España presentan una gran variabilidad, todas deben estar obligadas a cumplir tres objetivos comunes: mejorar la funcionalidad, autonomía, dignidad y calidad de vida de los residentes. Se deben abordar factores como la soledad, el acceso a la atención médica adecuada y la promoción de sus derechos humanos. Una de las medidas empleadas en diversos estudios para favorecer la autonomía en el residente para promover la calidad de vida y la calidad de los cuidados en la residencia, es otorgar control a los residentes. Es decir, tener posibilidad de elegir entre diferentes rutinas diarias, respetar la independencia y privacidad, participar en la toma de decisiones, recibir visitas sin restricciones horarias, disponer de un cuarto propio, tener una habitación cómoda, poder decidir qué se quiere hacer en cada momento, y reunirse más veces con la familia y amigos en la semana para reducir los efectos indeseados de la institucionalización (de Leo et al., 2022; Domínguez et al., 2023; Martínez et al., 2023; Sánchez, 2013).

En sexto lugar, como medida preventiva es necesaria la capacitación del personal en detección de señales de alarma e identificación de problemas psicológicos incipientes, sobre todo la depresión. Diversos estudios muestran el impacto del entrenamiento de “gatekeepers” o guardianes, en la prevención del suicidio en

residencias de personas mayores. Los resultados muestran que el personal entrenado puede abordar conductas suicidas de los residentes de manera más efectiva frente al que no es entrenado. Además, mejora la competencia de estos, la gestión general de los residentes con problemática suicida y fomenta la implementación de medidas preventivas en este contexto (Chauliac et al., 2016; Laínez et al., 2022).

En séptimo lugar, se debe realizar una atención integral de los factores biológicos o de la salud, ya que una detección precoz y tratamiento adecuado de las enfermedades médicas pueden disminuir la aparición de depresión ligada a estas. Las enfermedades físicas crónicas, como el cáncer, también aumentan el riesgo para el suicidio, ya que el estrés asociado a la enfermedad puede contribuir a la aparición de trastornos mentales y, en consecuencia, a la conducta suicida. Además, la longevidad creciente puede agravar esto debido al incremento de enfermedades crónicas y el uso prolongado de tratamientos, implicando un mayor gasto sanitario, no necesariamente acompañado de una mejor calidad de vida (Crestani et al., 2019; Laínez et al., 2022).

Por último, el prejuicio y discriminación por la edad puede agravar la problemática, debido a que se puede reducir el nivel y la calidad de atención que necesitan los mayores. Esto influye negativamente en sus opciones de tratamiento debido a que se tiende a infravalorar la gravedad de sus problemas. Por lo tanto, es fundamental luchar contra el estigma y la discriminación para prevenir el suicidio en esta población (Salvatore, 2023).

2. Bases teóricas y conceptuales de la intervención

Dado que este grupo etario enfrenta desafíos únicos, cómo los mencionados anteriormente (pérdida de autonomía, soledad o deterioro de salud; entre otros), es necesario que sean analizados desde una base teórica que permita desarrollar intervenciones eficaces. A continuación, se presentan diversas teorías psicológicas y sociales que explican qué factores influyen en la ideación y conducta suicida de las personas mayores, vinculadas posteriormente con las estrategias específicas que se pretenden aplicar en el programa.

Según la Teoría de la Desesperanza de Beck (1974), las personas con elevada desesperanza tienden a pensar que no existe una solución o mejora para un determinado problema, por lo que consideran el suicidio como una salida. Por lo tanto, niveles altos de este sentimiento pueden ser un predictor del suicidio. En los mayores, puede explicarse por la pérdida de autonomía, enfermedades crónicas o el aislamiento social. Así mismo, la percepción sobre la propia salud está fuertemente ligada al riesgo suicida: los residentes que consideran tener una salud peor, muestran un mayor riesgo. Por consiguiente, el deterioro físico y el dolor pueden ser posibles desencadenantes del suicidio. Del mismo modo, una percepción negativa del futuro está relacionada con la ideación y la conducta suicida (Beck et al., 1990; Rubio et al., 2009).

La aplicación de esta teoría en el programa se basará en el uso de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Martínez et al., 2002), para detectar indicadores tempranos de desesperanza de las personas del centro. Además, se realizarán talleres en los que se pongan en marcha estrategias de afrontamiento, con el objetivo de aprender a adaptarse con facilidad a situaciones desadaptativas; propias de esta etapa del desarrollo, y en consecuencia, reducir los niveles de desesperanza. En la vejez existen dos tipos de afrontamiento esenciales para realizar un ajuste que reduzca el impacto negativo de las situaciones estresantes, contribuyendo a tener un envejecimiento saludable. El primero, basado en soluciones centradas en el problema son la reevaluación positiva y la búsqueda del apoyo social. El segundo, centrado en la emoción son la autofocalización positiva, la expresión emocional abierta, la evitación y la religión (Mayordomo et al., 2015).

También se implementarán dentro de las actividades programas del manejo del dolor, con el objetivo de reducir el deterioro físico, el dolor crónico, mejorar el sueño, el estado de ánimo y el bienestar emocional. La combinación de intervenciones no farmacológicas (físicas y psico-conductuales) y farmacológicas influyen en cómo la persona responde al dolor. Las físicas consisten en ejercicio y fisioterapia. Por su parte, las psicosociales consisten en terapia cognitivo-conductual, la música, la distracción, las técnicas de relajación y la educación en afrontamiento del dolor (González et al., 2020).

Por otro lado, y de acuerdo con lo propuesto en la Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner (2005), las posibles causas de ideación del suicidio son la percepción de ser una carga para los demás en forma de pensamientos distorsionados automáticos que consisten en sentir que no realizan contribuciones valiosas para la familia, los amigos y la sociedad, y la falta de pertenencia social o conexión social (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Esta teoría se relaciona con el “edadismo” o discriminación por la edad, ya que el maltrato a este grupo poblacional puede reforzar estos pensamientos, afectando a la autoestima de las personas mayores, quienes pueden llegar a pensar que su muerte es más importante que su vida, sintiendo ser un lastre para su familia y sus cuidadores (Salvatore, 2023).

Para combatir el “edadismo” se ha comprobado que los programas que incluyen actividades intergeneracionales permiten que se desarrollen relaciones significativas entre personas de diferentes generaciones, fomentando el respeto y la admiración de los más jóvenes hacia la edad avanzada. Se pueden llevar a cabo mediante actividades de voluntariado, recreativas y programas escolares que impliquen a ambos, generando una representación positiva de la persona mayor y fomentando el respeto mutuo, reduciendo así la brecha generacional en la sociedad (Sadek et al., 2024).

En el ámbito familiar, a la aparición de este sentimiento se une la transformación de la familia “tradicional”, donde las personas mayores eran cuidados directamente por sus parientes, hacia una “moderna”, donde la productividad y el trabajo han adquirido una mayor relevancia, dejando menos tiempo a sus miembros para dedicarse al cuidado de ellos (Crestani et al., 2019). En el ámbito social, es habitual que el suicidio en el mayor reciba menos atención que en un adolescente o adulto más joven, subestimando su valor ya que existe la creencia de que los mayores tienen un impacto económico más

bajo en la sociedad, debido a que no forman parte de la población activa (Valera & Lucerón, 2021). Por lo tanto, en el programa se incluirán actividades que incluyan a las familias como figura de apoyo de los mayores en situaciones de crisis, resaltando el valor que representan en la salud mental de sus familiares.

Además, se propone incluir actividades grupales que trabajen la autoestima de los mayores, y fomenten la pertenencia y conexión social. Se emplea como base la “*Guía de buenas prácticas de soledad en residencias de personas mayores*” de Carcavilla (2020), un programa piloto que se desarrolló en una residencia de Navarra, que incluye una serie de directrices y actividades para mejorar la percepción de soledad, depresión y calidad de vida en los residentes. Dicho programa, consiguió disminuir de manera significativa los sentimientos de soledad no deseada e incrementó el bienestar de los participantes, en comparación con el grupo que no recibió la intervención (Carcavilla, 2020). En la “Tabla 2” se nombran los tipos de intervenciones sociales que se sugieren en la guía para conseguir dichos objetivos.

Tabla 2.

Tipos de intervenciones sociales (adaptada de Guía de buenas prácticas de soledad en residencias de personas mayores; Carcavilla, 2020).

Tipos de intervenciones	
- Actividades con animales	- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Actividades culturales y artísticas	- Intervenciones uno a uno
- Actividades de ocio	- Otros enfoques psicológicos
- Actividades educativas	- Participación en la comunidad
- Actividades espirituales y religiosas	- Programa de ejercicio físico
- Actividades grupales	- Programa de voluntariado
- Actividades intergeneracionales	- Programas de amistad
- Actividades por videoconferencia	- Programas de nuevas tecnologías
- Apoyo telefónico	- Taller de jardinería y horticultura
- Apoyo y soporte	- Terapia de humor
- Club de lectura	

Por último, la Teoría del Ciclo de Pérdida de Dignidad de Chochinov (2012) plantea que se debe conservar la dignidad del paciente al final de la vida. Expone que hay tres áreas que afectan a la dignidad: preocupaciones relacionadas con la enfermedad, dolor y pérdida de autonomía. Por lo tanto, propone que se debe conservar dicha dignidad con recursos psicológicos y espirituales del individuo para mantener su identidad y propósito (Chochinov et al., 2012; González & Galindo, 2020).

Un estudio realizado en residencias de Finlandia mostró que respetar las decisiones de los residentes favorece su autonomía y dignidad. Por ejemplo, las relacionadas con: horario personal (elegir horario de acostarse; ya sea leyendo, viendo la televisión o escuchando música, de despertarse, de cuándo y cómo ducharse), vestimenta (decidir qué ropa usan, de manera que se mantiene su identidad y preferencias a la hora de vestir), interacciones sociales (escoger con quién interactuar en la residencia, cuándo pasar rato solos y cuándo recibir visitas externas), movilidad (tener libertad para moverse dentro y fuera de la residencia cuando quieran, siempre que se pueda), comida (elegir la cantidad que comer, menús y texturas de los alimentos), participación en actividades (elegir qué actividades hacer y cuáles no, y si quieren realizar algún hobby) y privacidad (elegir cuánto tiempo desean pasar en su habitación o espacios comunes de la residencia). Los resultados mostraron que aquellos que pudieron decidir sobre estos aspectos mostraron mayores niveles de satisfacción y de control (Tuominen, 2016).

En resumen, estas diferentes teorías explican el suicidio en personas mayores y aportan un marco sólido para explicar el diseño de las estrategias incluidas en las actividades que se implantarán en el programa.

2.1. Factores de riesgo y protección

Los factores de protección son aquellos que disminuyen la probabilidad de aparición de cualquiera de las formas de conducta suicida y atenúan su intensidad, mientras que los factores de riesgo son aquellos que incrementan la probabilidad de aparición, agravamiento y mantenimiento de estas (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2023). En el presente programa se tratarán de reducir los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de problemas de salud mental e impulsar los factores protectores, para que se reduzca la prevalencia e incidencia de estos (Ortíz et al., 2023).

En la “Tabla 3” se presentan los factores de riesgo de suicidio más frecuentes en las personas mayores (de Oca & Medina, 2019; Sánchez, 2013), así como los factores protectores que ayudan a mitigar el riesgo de suicido en este grupo etario (Calderón et al., 2021).

Tabla 3.

Factores de riesgo y protección ante el suicidio en personas mayores de 65 años
(adaptada de Calderón et al., 2021; de Oca & Medina, 2019; Sánchez, 2013).

Factores	De riesgo	De protección
Biológicos	- Ser hombre - Tener 65 años o más - Autonegligencia - Enfermedades crónicas y degenerativas - Hospitalizaciones recurrentes - Ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes	- Actividad física - Autocuidado - Buena alimentación - Higiene - Salud física
Psiquiátricos	- Depresión - Trastorno bipolar - Trastornos crónicos del sueño - Psicosis delirante paranoide - Confusión mental - Algunos trastornos de la personalidad - Demencia - Trastornos del estado del ánimo	- Recibir tratamiento psiquiátrico - Haber estado ingresado en un servicio médico o psiquiátrico - Atención personalizada
Psicológicos	- Consumo de sustancias (especialmente alcohol) - Pérdidas	- Recibir tratamiento psicológico - Creencias de supervivencia - Creencias de afrontamiento

	- Sentimientos de desesperanza, incomprensión, soledad e inutilidad - Eventos traumáticos (ej., duelos recientes) - Inactividad - Falta de proyectos vitales - Victimización en la infancia - Etapa de adaptación (i.e., primer año) al ingreso residencial	- Razones para vivir - Autoestima - Apoyo emocional - Adaptación a los cambios - Bienestar emocional
Familiares	- Conflictos familiares - Ambiente sobreprotector, complejo o desafiante - Pérdida de seres queridos - Cambios constantes de domicilio (i.e, “abuelos ping-pong”: traslados forzosos entre domicilios a conveniencia de los familiares) - Antecedentes familiares de conducta suicida - Viudedad	- Apoyo familiar - Tener descendencia - Protección, afecto y comprensión por parte de la familia - Tener pareja
Socio-ambientales	- Abandono - Aislamiento - Baja escolaridad - Desempleo - Discapacidad - Bajos ingresos - Discriminación - Jubilación - Malos tratos - Soledad percibida	- Actividades recreativas - Apoyo informal o formal - Redes de apoyo - Interacción grupal - Ambientes protésicos (adaptados a las capacidades de la persona) - Atención personalizada - Creencias o prácticas religiosas

En resumen, el riesgo de consumir el suicidio es mayor en esta edad debido a un aumento en la prevalencia y la incidencia de estos problemas: dolor, sufrimiento y trastornos mentales (Valera & Lucerón, 2021).

2.2. Programas de prevención implementados

Para realizar el presente programa de prevención se han analizado programas previos con objetivos similares, detallados a continuación.

Según la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020), en España no hay un plan unificado para la prevención del suicidio específicamente creado para residencias de mayores o geriátricos. Cada comunidad autónoma puede instaurar medidas y planes de prevención adaptados a sus necesidades. A nivel nacional, se sigue la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* del Sistema Nacional de Salud, que sienta las bases generales de actuación para la prevención, actuación y tratamiento del riesgo suicida en diversos grupos, entre los que se encuentran las personas mayores, dentro del apartado 10: “*La conducta suicida en grupos de riesgo*” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020).

La guía recomienda acciones generales de prevención universal como (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020):

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo.
- Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores.
- Educación a la población general y medios de comunicación.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida.
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general.
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.

En cuanto a acciones enfocadas en personas mayores, las estrategias de prevención indicada que recomiendan son (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020):

- Cribado de riesgo suicidio en personas mayores haciendo un cribado de depresión, junto al seguimiento y programas de educación para la salud. Como instrumentos de cribado pueden utilizarse la 15-ítem Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Yesavage, 1988) y la 5-ítem GDS subscale (GDSSI; Yesavage, 1988). En el presente trabajo, se tendrá en cuenta la validación al castellano de dicha escala de Martínez et al. (2002).
- En cuanto a la evaluación del riesgo recomiendan valorar la presencia de depresión, otras enfermedades y abuso de alcohol o medicación.
- Valorar el entorno, la calidad de vida y las expectativas de la persona: con quién vive, presencia de apoyo y relaciones sociofamiliares. La posibilidad de autocuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria. La presencia de desesperanza, actitud del paciente hacia la vida y la muerte.
- Educar sobre el suicidio a los propios mayores, a sus cuidadores, a la población general y a los medios de comunicación para aumentar la concienciación y reducir el estigma.
- En pacientes con factores de riesgo de suicidio prescribir fármacos en envases de menor cantidad y que el médico realice un seguimiento de su uso.

También se hacen sugerencias de prevención selectiva en mayores con riesgo de suicidio. Estas se han visto asociadas a una disminución de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020):

- Líneas telefónicas de apoyo.
- Realización de intervenciones comunitarias de apoyo: actividades grupales, psicoeducación y evaluación de la depresión.
- Para la promoción de la resiliencia: 16 sesiones de Terapia Interpersonal adaptada a personas mayores.

Por otro lado, el artículo de Mendonça et al. (2021) sugiere una serie de estrategias para la prevención del suicidio en adultos mayores basadas en las recomendaciones de la OMS (2014; 2019) e investigaciones previas. Destacan la necesidad de tratar los factores de riesgo y protectores para reducir la incidencia de suicidio en esta edad. Plantean una serie de estrategias concretas que consisten en incluir un sistema de vigilancia nacional para recopilar datos sobre las muertes y las tentativas de suicidio, para poder identificar los factores de riesgo y protección y adaptar las intervenciones continuamente. Las estrategias son propuestas desde una perspectiva multicomponente, ya que recomiendan abordar el problema desde diferentes niveles: individual, comunitario, social y sistémico; para garantizar una perspectiva integral. Además, sugieren como medidas preventivas (OMS, 2014):

- La restricción de métodos letales como armas de fuego, pesticidas y medicamentos. Limitar los medicamentos que puede adquirir una persona.
- Combatir el estigma y la discriminación a los adultos mayores con campañas publicitarias, formación a profesionales y crear políticas que aseguren un trato igualitario en los sistemas de salud y sociales a las personas mayores.
- Necesidad de formar a profesionales o “guardianes”, como médicos de atención primaria, personal de emergencias y voluntarios, para identificar personas en riesgo y poder derivarlas a servicios apropiados.
- Priorizar el acceso a servicios de salud mental y cuidados paliativos, de manera que los adultos mayores puedan acceder fácilmente y adaptados a sus necesidades específicas.

El *Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025* (PLAPRESC) ofrece un abordaje del suicidio de manera integral y multisectorial. Varias de sus estrategias y objetivos específicos (apartado número 4 del Plan) se alinean y se pueden adaptar a los que persigue el presente programa. A continuación, se detallan los más relevantes que pueden ser aplicados en este contexto (Generalitat de Catalunya, 2021):

- El plan busca promocionar la salud emocional y la resiliencia, fomentando la capacidad de afrontamiento ante adversidades de la población general. Sugieren la implementación de programas dirigidos a mejorar la autoestima y el sentido

de pertenencia de grupos vulnerables (Generalitat de Catalunya, 2021, pp. 32-33).

- Sugieren la eliminación de barreras que dificulten el acceso a servicios de salud mental y que se garantice la atención continua de las personas en situación de vulnerabilidad (Generalitat de Catalunya, 2021, p. 28).
- Plantean una prevención estructural y que se adapte el entorno, para poder prevenir el acceso a medios letales y situaciones de riesgo. El plan recomienda que se creen espacios seguros y respetuosos, adaptados a las necesidades específicas de las personas (Generalitat de Catalunya, 2021, p. 27).
- Recomiendan la formación de profesionales en la detección precoz de señales de riesgo, sobre todo en el ámbito comunitario y en atención primaria (Generalitat de Catalunya, 2021, p. 30).
- Sugieren establecer un sistema de recogida de datos para realizar una vigilancia epidemiológica, para hacer un seguimiento de las medidas preventivas y mejorar la capacidad de respuesta ante cambios en las tendencias de suicidio (Generalitat de Catalunya, 2021, p. 30).
- Proponen como estrategia de prevención el refuerzo de factores protectores tanto individuales como sociales, como la autoestima, resiliencia, y sentido de propósito vital, para que personas en situación de vulnerabilidad puedan desarrollar proyectos significativos (Generalitat de Catalunya, 2021, p. 33).
- Finalmente, el plan da importancia a la colaboración conjunta de diferentes sectores para que la atención sea integrada y efectiva en la prevención del suicidio (Generalitat de Catalunya, 2021, p. 30).

3. Programa de prevención

De acuerdo a la población a la que va dirigida y el riesgo al que esté sometida, se diferencian tres tipos de intervenciones de prevención: prevención universal (dirigidas a la población general y sin riesgo), prevención selectiva (dirigidas a un subgrupo o colectivo con un riesgo más alto que el del promedio, con factores de riesgo) e indicada (dirigidas a individuos concretos con alto riesgo). De acuerdo con esta clasificación, el presente programa se basaría en estrategias pertenecientes a la prevención selectiva, ya que las personas mayores son una población vulnerable, presentando un riesgo incrementado de cualquier forma de conducta suicida debido a los factores de riesgo detallados en la “Tabla 3” (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2023).

3.1. Objetivos

El presente trabajo tiene como propósito diseñar una propuesta de programa para la prevención del suicidio en contextos residenciales, enfocado en la población de adultos mayores (a partir de 65 años). Para ello, se pretenden reducir los factores de riesgo y promocionar los de protección asociados al suicidio en esta edad. Los objetivos se basan en las acciones preventivas sugeridas por la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020), y en la revisión de la literatura, adaptadas al ámbito residencial.

El objetivo distal del programa es disminuir la incidencia de ideación o conductas suicidas en residencias de personas mayores mediante la implementación de un enfoque integral que promueva la salud mental, el bienestar emocional y la calidad de vida de los residentes. Para alcanzar el objetivo distal, se establecen los siguientes objetivos proximales:

- Implementar un sistema de recopilación de datos transparente y sistemático para poder evaluar de forma continua e implementar mejoras basadas en la prevención del suicidio en la residencia.
- Evaluar el índice de riesgo e ideación suicida de los residentes antes y después de la implementación del programa para medir su efectividad y ajustar las intervenciones según sea necesario.
- Registrar niveles de depresión para identificar de manera temprana cualquier cambio y ajustar las intervenciones terapéuticas necesarias.

- Mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los residentes mediante el desarrollo de habilidades emocionales y de afrontamiento, por medio de psicoeducación.
- Mejorar la autonomía y la participación en decisiones diarias implementando medidas que permitan a los residentes escoger actividades, recibir visitas sin restricciones, disfrutar de mayor privacidad en habitaciones, etc.
- Reducir la soledad y favorecer el apoyo social entre los residentes, promoviendo la interacción con cuidadores, familiares y compañeros. Se implementarán actividades grupales, visitas recurrentes, asistencia telefónica o servicios de voluntariado que reduzcan el aislamiento y los sentimientos de soledad.
- Facilitar el acceso a servicios de salud mental especializados. Aumentar la disponibilidad y calidad de la atención psicológica y psiquiátrica en la residencia, con intervención inmediata en casos de riesgo.
- Capacitar al personal de la residencia para que pueda identificar señales de alarma de riesgo suicida en los residentes. Esta formación incluirá estrategias de psicoeducación, prevención, formación sobre depresión y factores de riesgo específicos en personas mayores que les permitan intervenir de forma adecuada y oportuna.
- Promover un ambiente de confianza y seguridad en el grupo de residentes, modificando las instalaciones para minimizar el acceso a medios letales, eliminando puntos de riesgo y controlando los medicamentos de alta letalidad.
- Concienciar y combatir el estigma hacia los problemas de salud mental en la vejez, concienciando dentro y fuera de la residencia de la importancia de la salud mental en este grupo etario.

En síntesis, este programa pretende abordar factores físicos, psicológicos y sociales que inciden en el riesgo de suicidio en residencias de mayores. Al centrarse en mejorar la autonomía, reducir la soledad, facilitar un acceso adecuado a servicios de salud mental y crear un ambiente seguro, el programa busca proporcionar un entorno que promueva el bienestar emocional y dignidad de las personas mayores, contribuyendo pues a una reducción de la ideación o conducta suicida.

3.2. Actividades

El programa comenzará con la capacitación del personal del centro en detectar y gestionar crisis suicidas, que se hará mediante una formación con duración de 20 horas impartida en el primer mes del programa, detallada en la “Tabla 4”.

Tabla 4.

Distribución de las sesiones de formación del curso de capacitación del personal y temáticas a tratar en cada una de ellas.

Curso capacitación del personal	
Semana 1 (5 horas)	Introducción psicoeducativa a la salud mental en la vejez, ideación suicida y factores de riesgo.
Semana 2 (5 horas)	Identificación de señales de alarma y estrategias de intervención básica en crisis.
Semana 3 (5 horas)	Manejo de depresión y habilidades de apoyo emocional.
Semana 4 (5 horas)	Taller práctico con simulaciones y resolución de casos.

Nota. Elaboración propia.

A continuación, se presentan en la “Tabla 5” las 10 sesiones diseñadas a partir de los objetivos específicos que componen el programa, con una duración de 90 minutos cada una. La estimación de la duración de cada actividad es aproximada, se adaptará en función del desarrollo de esta.

De igual manera, dichas actividades han sido creadas para responder a los factores de riesgo y de protección mencionados en la “Tabla 3”. Se abordan factores de protección de distintas áreas: biológicos como la actividad física y el autocuidado; psicológicos como estrategias de afrontamiento, razones para vivir, autoestima y bienestar emocional; familiares como el apoyo y comprensión familiar; y socio-ambientales como actividades recreativas, redes de apoyo, interacción grupal y creencias o prácticas religiosas. En contraposición, se llevan a cabo estrategias para reducir factores de riesgo biológicos como el manejo del dolor en enfermedades crónicas; psicológicos; como los sentimientos de desesperanza, incomprensión, soledad

e inutilidad, inactividad y la falta de proyectos vitales; psiquiátricos como la sintomatología depresiva y trastornos del sueño; familiares como los conflictos entre los integrantes; y socio-ambientales como el abandono, el aislamiento, la discriminación o la soledad (Calderón et al., 2021; de Oca & Medina, 2019; Sánchez, 2013). En las siguientes tablas, se detalla la duración, materiales necesarios, el objetivo y descripción de cada actividad.

Tabla 5.

Actividades del programa de prevención de conducta suicida en contextos residenciales.

Sesión 1	Rompiendo el hielo
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Bolígrafos. Folios. Ovillo de lana. Programación impresa.
<i>Objetivo</i>	Conocerse, promover la interacción y crear un ambiente de confianza en el grupo.
<i>Descripción</i>	Sentados en un círculo, un participante coge el extremo de un ovillo de lana, se presenta y lanza el ovillo a otro participante, quien repite la presentación del compañero anterior, añade la suya y se lo lanza al siguiente. Así sucesivamente, formando una telaraña. Luego, al devolver el ovillo, comparten algo positivo del compañero hasta deshacer los nudos. Al finalizar, se da un tiempo para que los participantes escriban una carta describiéndose a sí mismos, pero no pueden describirse físicamente, ni decir sus nombres. En ella tienen que contar sus aficiones, cómo es su personalidad, que les preocupa o qué problemas tienen, qué piensan, cómo se divierten en su tiempo libre, qué les gusta y qué no, etc. Luego, cada uno lee una carta ajena y trata de adivinar quién es. Si falla, otros pueden intentarlo. Finalmente, comentan pistas y confusiones a la hora de adivinarlo. Para terminar, se da la programación de las siguientes sesiones a cada participante.

Sesión 2	El árbol de la vida
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Bolígrafos. Rotuladores. Cartulinas. Proyector.
<i>Objetivo</i>	Trabajar la autoestima mediante la reflexión sobre los apoyos, cualidades, logros y metas.
<i>Descripción</i>	Se introduce la actividad de manera psicoeducativa exponiendo qué es la autoestima y su importancia en la salud mental. Posteriormente, se entregan los materiales a los participantes. De manera creativa, cada uno dibuja en una cartulina en blanco un árbol para reflexionar acerca de sus principios, valores, cualidades positivas y habilidades (raíces), fortalezas y apoyos (tronco), logros alcanzados (frutos), cosas que mejorar (ramas), cosas de las que desprenderse (gusanos), cosas que aportar a los demás (flores), deseos, metas, motivaciones y objetivos (hojas), personas importantes para la persona (pájaros). Finalmente, se pide a los participantes que compartan su árbol con el resto y se crea una reflexión grupal acerca de lo que han añadido a cada uno. En el “Anexo A” se muestran de manera gráfica los elementos del árbol. Esta actividad ha sido tomada y adaptada de Ayala et al., (2024).
Sesión 3	Mi caja de herramientas
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Bolígrafos. Folios. Tarjetas imprimibles. Proyector.
<i>Objetivo</i>	Trabajar estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones adversas.
<i>Descripción</i>	Comienza la sesión con la presentación de las 7 estrategias de afrontamiento de problemas que se emplean en la vejez según Mayordomo et al., (2015) en una presentación de PowerPoint. Se presentarán una serie de situaciones y los participantes deben responder cómo se enfrentarían a ellas. Después, se divide a los participantes por parejas, y se reparte una tarjeta con una descripción breve de cada estrategia. El objetivo es que empleen cada una para resolver en un role-playing dichos problemas, teniendo en cuenta que algunas son adecuadas y otras no,

	por lo que deben desechar estas últimas. Después de unos minutos, se representa frente al resto cómo resolverían la situación y se realiza una discusión grupal sobre cada una de ellas. Luego, se realiza una reflexión acerca de las diferencias que ven entre sus estrategias planteadas al principio y estas. Si el grupo tiene un trasfondo religioso puede sugerirse que aquellas personas creyentes expliquen cómo la fe les ha servido en diversas situaciones, y cómo han utilizado la estrategia de “religión” en sus vidas. Se muestran las tarjetas con cada estrategia, descripción y ejemplo en el “Anexo B”.
Sesión 4	Decide tu día
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Folios. Bolígrafos. Cuestionario de autonomía.
<i>Objetivo</i>	Fomentar autonomía e independencia en la toma de decisiones diarias en la residencia, para mejorar el bienestar emocional y el empoderamiento, tomando decisiones significativas.
<i>Descripción</i>	Se introducirá a los participantes el concepto de independencia y cómo tomar decisiones en su día a día puede ser beneficioso para su calidad de vida y autonomía. Se les preguntará: “¿Qué decisiones os gustaría poder tomar en vuestro día a día?”. Se les pedirá que rellenen las preguntas del cuestionario del “Anexo C” con diferentes opciones para elegir, por ejemplo: desayuno, comida y cena (qué opciones de menú les gustaría), actividades de la mañana (juegos, lectura, tv, caminata, manualidades, baile, etc.), horarios de descanso, horarios de ejercicio, horarios de actividades grupales y de ocio, horarios de visita de las familias. Cada uno deberá elegir en base a sus preferencias dichas opciones. Se hará una pequeña discusión, y se pondrán en común todas las ideas de los participantes.

Sesión 5	Afrontando el dolor juntos
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Altavoces. Sillas cómodas. Proyector. Alfombrillas o colchonetas.
<i>Objetivo</i>	Enseñar técnicas de relajación y respiración (manejo del dolor).
<i>Descripción</i>	Se realiza una presentación donde se muestra cómo aceptar y afrontar el dolor crónico. Se enseñan estrategias cognitivo-conductuales de distracción, reestructuración cognitiva y mindfulness. Se incluyen ejercicios prácticos en los cuales deben aplicar diversas estrategias a situaciones de la vida diaria en las que se implique el dolor, promoviendo el uso de estrategias de afrontamiento efectivas. Se plantea “el diario positivo” que consiste en un registro diario de logros y emociones positivas. En él, deben anotar antes de ir a dormir 5 momentos del día en el que se hayan encontrado bien. En el “Anexo D” se muestra un ejemplo de página del diario. En la segunda parte de la sesión, con música suave de fondo, se enseñan técnicas de relajación y respiración de manera guiada. Aquellos participantes que deseen tumbarse en las colchonetas para favorecer la relajación pueden hacerlo. Se cierra la sesión explicando en qué situaciones utilizar dichas técnicas.
Sesión 6	Hablemos de suicidio
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Pizarra. Proyector. Recursos de apoyo.
<i>Objetivo</i>	Sesión de psicoeducación sobre suicidio. Hablar de mitos y realidades. Promover la importancia de pedir ayuda. Generar ambiente de confianza. Reconocer apoyos. Apertura a hablar de emociones.
<i>Descripción</i>	Se presenta un PowerPoint en el que se explica qué es el suicidio, las señales de alerta y los factores de riesgo. Se desmienten mitos comunes y se abre debate acerca de ellos. Se crea un espacio de reflexión en el que los residentes comparten sus pensamientos, emociones y experiencias.

	Se habla sobre la importancia de pedir ayuda y de cómo actuar en esas situaciones. Se ofrece información de recursos de apoyo y de líneas telefónicas, profesionales, etc. Se realiza una dinámica grupal para trabajar como pueden ofrecer ayuda mutua entre los miembros del grupo. Se habla sobre las redes de apoyo de los participantes. Se da importancia a la comunicación abierta.
Sesión 7	Mi red de apoyo
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Folios. Bolígrafos.
<i>Objetivo</i>	Conocer la red de apoyo de los residentes (familiares, amigos, compañeros de la residencia, profesionales) para reducir el aislamiento, promover sentido de pertenencia e identificar a quien acudir en caso de necesitar ayuda.
<i>Descripción</i>	Se realiza una breve presentación de la importancia que tiene el apoyo social y cómo puede servir de ayuda en el día a día y en situaciones de emergencia. Se realiza psicoeducación explicando como la soledad y el aislamiento pueden incrementar el riesgo de suicidio y depresión. Se diseña “El mapa de apoyo”, donde identifican las personas o recursos en los que respaldarse y por qué les consideran importantes. Se pone en común con el resto del grupo y se realiza un role-playing de situaciones diarias en los que se requiera de pedir ayuda por parejas, en donde practican como comunicarse y a quién acudir. En el “Anexo E” se muestra un ejemplo de diferentes apoyos y recursos de un participante ficticio.
Sesión 8	El proyecto de mi vida
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Cartulinas. Bolígrafos. Rotuladores. Fotos.
<i>Objetivo</i>	Reflexionar sobre metas y valores personales. Identificar actividades significativas para motivar a reflexionar sobre cambios en la vida de los residentes.

<i>Descripción</i>	Se explica por qué es importante tener proyectos personales que den sentido al día a día. Los residentes piensan actividades o metas que les gustaría alcanzar. Después, escriben qué pasos deben realizar (de manera realista) para conseguir llegar a esas metas. Se debe asignar un plazo en el cual iniciar el proceso para conseguirlo. Después, los residentes comparten con el grupo sus proyectos y se sugieren entre ellos que deberían hacer para conseguirlos. En una cartulina cada participante crea un pequeño mural con fotografías y mensajes, de manera totalmente personalizada, en el que se muestran dichas metas. Por último, se reflexiona y debate acerca de qué creen que necesitan para lograr alcanzarlas y cómo mejoraría esto su vida. En el “Anexo F” se muestra un ejemplo de la meta personal de uno de los participantes, de manera ficticia.
Sesión 9	Mi familia
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Folios. Bolígrafos. Rotuladores. Fotos.
<i>Objetivo</i>	Hacer partícipe a las familias en el programa. Fomentar buenas relaciones entre los residentes y sus familias, promoviendo el apoyo.
<i>Descripción</i>	Presentar cómo las relaciones familiares cambian a lo largo de la vida e identificar qué tipos de apoyo se tienen con cada uno de ellos. Para ello, se elabora un mural de apoyo, en el que cada residente lo divide en fotografías de sus familiares. Debajo de cada familiar se escribe el nombre, qué representa para él, que fortalezas tiene esa persona y para qué situaciones determinadas puede servirle de ayuda. También se apunta que aspectos podrían mejorar de su relación y qué harían para conseguirlo. Fuera del mural, escribe cómo estas fortalezas le han ayudado en el pasado en situaciones en las cuales necesitaba ayuda y cómo la pidió en aquel momento. Después, los residentes muestran sus murales al resto de los compañeros, presentando a sus familiares para fomentar la cohesión y el conocimiento mutuo en el grupo. Por último, el resto de participantes ofrece opciones para mejorar la comunicación con los familiares. En el “Anexo G” se muestra el mural de uno de los participantes, de manera ficticia.

Sesión 10	Viaje a mi interior
<i>Duración</i>	90 min.
<i>Materiales necesarios</i>	Folios. Bolígrafos. Rotuladores. Altavoces. Hojas con siluetas humanas.
<i>Objetivo</i>	Trabajar estrategias para manejar y disminuir sintomatología depresiva.
<i>Descripción</i>	Se introduce de manera psicoeducativa que es la depresión y que sintomatología se experimenta. Se diferencia entre la depresión y el sentimiento de tristeza. Se habla de situaciones en las cuales se siente tristeza. Se entrega a cada participante un folio con una silueta humana que representa su cuerpo. Se pide que usando colores, dibujen y señalen cómo sienten sus emociones en diferentes partes del cuerpo. Ejemplo: siento tristeza en el pecho (se pinta de color azul), siento estrés en la cabeza (se pinta de color rojo). Deben identificar situaciones o pensamientos que generan estas emociones en ellos y que las escriban. Después, se ponen en común en el grupo todas las sensaciones y se pide que digan alternativas a realizar para abordar dichas emociones. Ejemplo: cuando me siento solo, puedo llamar a mi amigo. Cuando estoy estresado, puedo salir a caminar. Cuando estoy enfadado, puedo tumbarme a escuchar música. En el “Anexo H” se muestra el folio a rellenar con la silueta corporal y las instrucciones. Esta actividad ha sido basada y adaptada de Nummenmaa et al., (2014). Para cerrar la sesión, se pone en práctica la relajación guiada aprendida en la “Sesión 5” con música relajante de fondo.

Nota. Elaboración propia.

Para disminuir factores de riesgo relacionados con la soledad no deseada, el aislamiento y la desesperanza, se realizarán actividades diarias durante el desarrollo del programa para poder crear un impacto en la calidad de vida de los residentes. Con estas actividades se pretende promover la participación de manera activa y aumentar la motivación de los participantes en el programa. A continuación, se detallan dichas actividades en la “Tabla 6”.

Tabla 6.

Actividades complementarias al programa distribuidas a lo largo de la semana.

Actividades de frecuencia semanal	
1. Lunes - Actividad intergeneracional	Se realiza una actividad con jóvenes voluntarios o con niños como juegos de mesa, talleres de manualidades, lecturas conjuntas, excursiones al aire libre, talleres de cocina, intercambio de experiencias, etc.
2. Martes - Terapia asistida con animales	Se realizan ejercicios con un perro durante 2 horas, que incluyen mejorar la motricidad con actividades como: acariciar, cepillar o lanzar objetos. Se fomenta la movilidad con ejercicios físicos o pequeños circuitos y paseándolo. Se realiza un adiestramiento básico del animal, lo que estimula la paciencia y sensación de logro. Las rutinas de cuidado del perro favorecen la responsabilidad. La interacción emocional con el animal tiene múltiples beneficios para la salud mental. Además, al ser una actividad grupal se promueve la interacción entre los residentes (Arsovski, 2024).
3. Miércoles - Sesión programada	Se llevan a cabo las actividades de las sesiones.
4. Jueves - Apoyo telefónico	Se realiza una llamada telefónica o videollamada de 1 hora con voluntarios, profesionales o familiares/amigos para reforzar la red de apoyo.
5. Viernes - Actividad ocio	Se elige una actividad de interés que se llevará a cabo durante todas las semanas, como taller de manualidades, taller de lectura, taller de escritura, clases de baile, yoga, caminatas grupales, club de cine, juegos de mesa, jardinería, cocina, taller de nuevas tecnologías, taller de fotografía, coro, sesión de karaoke, etc. Al finalizar el programa, cada residente deberá entregar un proyecto del taller que ha realizado, para aumentar el sentimiento de utilidad y la búsqueda de un propósito vital.

Nota. Elaboración propia.

3.3. Método

La implementación del presente programa de prevención del suicidio en residencias de mayores requiere una combinación de recursos materiales, humanos y técnicos, así como de instrumentos de evaluación específicos. A continuación, se detalla cómo se organizarán para garantizar su eficacia, ajustándose a las necesidades específicas del contexto residencial.

En cuanto a las necesidades materiales, se necesitará un espacio físico adecuado para realizar las actividades grupales y las sesiones de psicoeducación. Se realizarán en una sala multiusos dentro de la residencia, accesible y adaptada para personas con movilidad reducida. Se necesitará material audiovisual como proyectores, pantallas y altavoces para impartir las sesiones de capacitación al personal y las actividades de psicoeducación. También se precisará del material de registro y evaluación. Para la recopilación de datos de los participantes durante la intervención se emplearán tablets, portátiles, formularios impresos y cuadernos de registros. Además, se precisarán folios, cartulinas, rotuladores y bolígrafos para el desarrollo de las actividades.

En cuanto a las necesidades humanas y técnicas, el programa contará con un equipo multidisciplinar para la aplicación y seguimiento de la intervención. Se necesitará un psicólogo general sanitario o clínico responsable de liderar las evaluaciones, sesiones individuales y grupales, y de brindar apoyo psicológico y emocional a los residentes. Además, este profesional se encargará de impartir la formación al personal de la residencia. Por otro lado, un trabajador social, que facilitará la integración en actividades individuales y grupales, fortalecerá el apoyo social entre los residentes y coordinará la comunicación con sus familias para reforzar las redes de apoyo. El personal de la residencia recibirá capacitación para identificar signos tempranos de depresión o riesgo suicida y colaborarán en actividades grupales y de psicoeducación. Además, el equipo contará con un enfermero o médico de cabecera que supervisará la salud general de los residentes de manera periódica a lo largo del programa, y apoyará en la detección de factores de riesgo biológicos o asociados al bienestar emocional. Por último, la inclusión de familiares y voluntarios permitirán reforzar el entorno social de los residentes y minimizar su aislamiento.

En cuanto a la adecuación a la comunidad, es fundamental que el programa tenga en cuenta las características específicas de los residentes, por lo que se realizarán adaptaciones culturales y lingüísticas cuando sea necesario. Así mismo, se implementarán modificaciones en las instalaciones de la residencia para mantener un entorno seguro y poder minimizar los riesgos asociados a conductas suicidas. Se eliminarán puntos de riesgo, como estructuras que puedan facilitar conductas autolesivas, y se controlarán la administración y almacenamiento de los fármacos de alta letalidad.

Para evaluar la eficacia del programa es necesario realizar la evaluación del proceso y la evaluación de resultados.

La evaluación del proceso consiste en monitorizar cómo se está llevando a cabo el programa y si se están cumpliendo los pasos previstos y los objetivos en tiempo real. Para ello, se deben incluir unos indicadores que aseguren que se efectúa de manera correcta el programa. Estos son: asistencia de los participantes a las sesiones y actividades semanales con una hoja de registro de asistencia, registro de asistencia del personal al curso de capacitación y opinión de los residentes acerca de las actividades con una hoja de satisfacción al finalizar cada actividad. En el “Anexo I”, se muestran las hojas de registro de asistencia y las encuestas de satisfacción de las actividades con datos ficticios, con una serie de preguntas que deben puntuar del 1 al 10.

La evaluación de resultado consiste en medir el impacto del programa y si se han cumplido con los objetivos propuestos al inicio de este. Para ello, los indicadores que se utilizarán serán: reducción de la ideación suicida con la escala C-SSRS (Al-Halabí et al., 2016), reducción de sintomatología depresiva con la escala GDS (Martínez et al., 2002), mejora calidad de vida con las escalas GENCAT (Verdugo et al., 2009) y SF-36 (Alonso et al., 1995) y reducción de percepción de soledad con la escala UCLA (Vázquez & Jiménez, 1994). Se hará una comparación de los resultados pretest-postest entre los grupos experimental y control. Se registrará de manera cuantitativa el nivel de satisfacción con el programa de los residentes, personal y familiares. Se evaluará en los siguientes meses el mantenimiento de los efectos del programa, en función de la reducción de la frecuencia de episodios de los residentes relacionados con ideación y conducta suicida. En el “Anexo J”, se muestran las encuestas de satisfacción del

programa diseñadas específicamente para el personal, los residentes y los familiares con una serie de preguntas que deben puntuar del 1 al 10.

En resumen, la combinación de ambas servirá para determinar si se cumplen los objetivos previstos, y el impacto del programa en la salud y en el bienestar de los residentes. Esto permitirá de manera sencilla modificar y hacer ajustes de manera continua, proporcionando datos que confirmen la eficacia del programa, con el fin de implementar programas de prevención en el futuro en contextos similares.

3.3.1. Diseño

El programa se presenta como un diseño experimental de carácter cuantitativo con medidas pretest-posttest comparativas. Se establecerán dos grupos de intervención: uno experimental y uno control, en los que se distribuirán los participantes de manera aleatoria (i.e., ensayo controlado aleatorizado o “randomized control trial” en inglés).

Se informará a los participantes del programa del objetivo y la duración del mismo. Se obtendrá el consentimiento por escrito de quienes acepten participar en este. También se informará sobre la confidencialidad de los datos y la colaboración de manera voluntaria. Los sujetos pueden abandonar el programa en el momento que precisen, sin la necesidad de aportar motivos a dicha acción.

Una vez obtenidos los consentimientos, se iniciarán las fases de recogida de datos y de aplicación. Los datos se recopilarán mediante los instrumentos previamente descritos. Se recogerán antes y después de la intervención mediante el método de la entrevista cara a cara, por uno o varios profesionales. Una vez que los sujetos terminen los cuestionarios, se registrarán las respuestas.

Para evaluar la eficacia de la intervención se realizará un análisis estadístico de los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación. Para observar los cambios dentro del grupo experimental antes y después del programa, se empleará la comparación pretest-posttest mediante la prueba t de student, empleada para comparar a los mismos sujetos en dos momentos diferentes. Este análisis permite observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los sujetos antes y después del programa.

Por otro lado, para ver las diferencias entre los grupos experimental y control tras la intervención, se empleará una comparación posttest mediante un análisis de varianza (ANOVA) para muestras independientes, ya que se comparan dos grupos distintos. Este análisis permite observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos antes y después de la intervención.

Debido a que el tamaño de la muestra es pequeño ($n=30$ intragrupo; $n=60$ entregrupos), para comprobar que los datos cumplan el supuesto de normalidad se utilizará el test de Shapiro-Wilk, que asume que los datos siguen una distribución normal si se cumple la hipótesis nula (H_0).

Por último, se analizará de manera descriptiva (medias y desviación estándar) y mediante la prueba chi-cuadrado (para comprobar si hay diferencias significativas entre las respuestas) los datos obtenidos mediante las hojas de satisfacción, para obtener una idea general del grado de satisfacción con el programa por parte de los residentes, familiares y profesionales, y obtener conclusiones más robustas acerca del programa de prevención.

En resumen, los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico permitirán valorar la sostenibilidad y la viabilidad a largo plazo, ya que sirven para observar si el impacto del programa sigue siendo eficaz con el transcurso del tiempo y si el programa es práctico en el entorno, grupo y contexto en el que se aplica. Por un lado, en términos de sostenibilidad, los resultados de los instrumentos aportarán información sobre los beneficios del programa y si se mantienen una vez este finalice, y las encuestas de satisfacción permitirán observar si los participantes están dispuestos a acceder al programa de nuevo en el futuro. En términos de viabilidad, si los resultados muestran eficacia justificarán que los recursos empleados para su cumplimiento son eficientes de forma duradera (Suárez et al., 2017).

3.3.2. Participantes

Se seleccionará el tamaño de la muestra mediante un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, usando los criterios de inclusión y exclusión detallados en la “Tabla 7”.

Tabla 7.

Criterios de inclusión y exclusión del programa de prevención de suicidio en el contexto residencial.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Personas mayores de 65 años. - Residente en el centro por un mínimo de 6 meses. - Depresión leve o moderada o riesgo de soledad confirmado por GDS (Martínez et al., 2002) o UCLA (Vázquez & Jiménez, 1994). - Firma y aceptación del consentimiento informado.	- Diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo severo. - Personas con necesidad de hospitalización psiquiátrica. - Situaciones de salud que impidan la participación en actividades.

Nota. Elaboración propia.

Los participantes serán seleccionados previamente al inicio del programa mediante un cribado de la Escala de Depresión Geriátrica (Martínez et al., 2002) y la escala UCLA de soledad (Vázquez & Jiménez, 1994). Se dividirán de manera aleatoria en dos grupos: un grupo experimental (30 participantes) que participarán en el programa y sus actividades (10 participantes por grupo), y un grupo control (30 participantes), que continuarán desarrollando su atención cotidiana en el centro. Este grupo será puesto en espera, es decir, cuando acabe el programa recibirán la intervención, asegurando de esta manera el cumplimiento de los principios éticos de beneficencia y justicia, que garantizan la igualdad de acceso a la intervención por parte de todos los residentes (Loue & Molina, 2015).

3.3.3. Instrumentos

A continuación se detallan en la “Tabla 8” los instrumentos de evaluación que se emplearán en el inicio y final del programa de prevención.

Tabla 8.*Instrumentos de evaluación (adaptada de CIBERSAM, 2024).*

Instrumento	Escala de Depresión Geriátrica GDS (Yesavage, 1988)	Escala SF-36 (Ware et al., 1993)	Escala GENCAT (Verdugo et al., 2009)	Escala COLUMBIA de Ideación Suicida C-SSRS (Posner et al., 2011)	Escala de Soledad UCLA (Russell et al., 1980)
Propósito	Evaluar presencia y severidad de depresión en personas mayores.	Evaluar calidad de vida relacionada con la salud.	Identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo supervisar los progresos y los resultados de los planes.	Evaluar la gravedad de la ideación suicida y comportamientos suicidas.	Medir la percepción subjetiva de soledad y aislamiento social.
Versión en Castellano	Martínez et al. (2002)	Alonso et al. (1995)	Verdugo et al. (2009)	Al-Halabi et al. (2016)	Vázquez y Jiménez (1994)
Ítems	30 ítems. 15 versión abreviada.	36 ítems	69 ítems	30 o 15 ítems	20 a 80 ítems (versión completa) u 8 a 32 ítems (versión abreviada)
Duración de aplicación	5 a 15 min.	5 a 10 min.	10 a 15 min.	5 a 10 min.	5 a 10 min.

Puntuación	0-10 (normal), 11-30 (posible depresión). Algunos autores: 11-20 (depresión leve), >20 (depresión grave)	0 a 100 por dimensión. No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mayor calidad de vida.	< 7 (baja), 7-9 (media-baja), 9-11 (media-alta), > 11 (alta).	Bajo riesgo (niveles 1-2), riesgo moderado (niveles 3-4), alto riesgo (nivel 5).	< 20 (baja soledad), 20-30 (moderada), <30 (alta).
Dimensiones evaluadas	Emocionales, cognitivas: tristeza, desesperanza y disfrute de actividades.	Función física, salud general, vitalidad, dolor, función social, salud mental, rol físico y rol emocional.	Bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.	Gravedad de la ideación, intensidad de la ideación, acto suicida y letalidad de la conducta suicida.	Percepción de soledad y desconexión social.
Propiedades psicométrica	Consistencia interna = ,89.	Consistencia interna = ,89 componente físico y ,85 en el mental.	Consistencia interna = ,91.	Consistencia interna = ,89.	Consistencia interna = ,94.

3.3.4. Procedimiento y cronograma

El cronograma de la prevención está organizado en tres fases principales. En el “Anexo K” se ilustran las diferentes etapas, en donde se identifican las actividades y los plazos previstos para cada una de ellas divididos en meses y semanas.

Fase 1 - Fase inicial (mes 1): En la fase inicial del programa se evaluará la línea base del estado mental y emocional de los residentes mediante los instrumentos

detallados anteriormente. Se evaluará la depresión con la escala GDS (Martínez et al., 2002), la calidad de vida con las escalas GENCAT (Verdugo et al., 2009) y SF-36 (Alonso et al., 1995), la ideación suicida con la escala C-SSRS (Al-Halabí et al., 2016) y la percepción de soledad con la escala UCLA (Vázquez & Jiménez, 1994). Así, se pueden identificar a los residentes con alto, moderado y bajo riesgo al comienzo del programa por medio de los resultados obtenidos. Luego, se guardarán los datos en una base de datos y se realizará un seguimiento individualizado de cada participante a lo largo del programa. En esta fase también se realizará la formación específica del personal técnico de la residencia (enfermeros, cuidadores, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos y cuidadores). Se llevarán a cabo 4 sesiones de 5 horas de duración cada una, formando un total de 20 horas, durante las cuatro primeras semanas del programa. En esta fase se realizará junto al equipo multidisciplinar del centro una planificación personalizada de cada residente. Para ello, es fundamental tener en cuenta qué necesidades necesita cada residente y proporcionar sistemas de apoyos eficaces para llegar a un acuerdo sobre lo que la persona quiere y lo que necesita para alcanzar una participación plena en la residencia. Por otro lado, se diseñarán intervenciones individuales, tanto médicas y psiquiátricas, como psicológicas. Con esto se pretende que se cumpla con el objetivo de que los residentes tengan un mayor acceso a intervención clínica y recursos adecuados. Por último, se realizarán ajustes físicos en la residencia, diseñando protocolos de administración y control de los medicamentos, y eliminando puntos de riesgo físicos.

Fase 2 - Fase implementación (meses 2-3): Esta fase del programa se ponen en marcha las actividades grupales e individuales orientadas a disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, encaminados a la reducción de la ideación y conducta suicida. Se realizarán sesiones grupales semanales los miércoles de cada semana, con una duración de una hora y media, detalladas en la “Tabla 5”. A su vez, se ejecutarán las actividades descritas en la “Tabla 6” a lo largo de la semana de manera complementaria a las centrales del programa, para favorecer la adherencia y motivación a este. Se realizarán intervenciones psicológicas individuales de manera quincenal (1 hora de duración) a aquellos participantes que hayan presentado un riesgo alto de depresión o conducta suicida, realizando sesiones de terapia breve y seguimiento individual para evaluar el progreso en el estado emocional. Para asegurar la recopilación

y transparencia de los datos, se realizarán reuniones periódicas con el equipo multidisciplinar para revisarlos y ajustar las intervenciones.

Fase 3 - Fase cierre y seguimiento (mes 4): En esta última fase el objetivo es valorar los resultados que se han obtenido, comprobar la efectividad del programa y sugerir mejoras para futuras intervenciones. Se realizará una reevaluación final, aplicando de nuevo los mismos instrumentos para comparar los resultados con los obtenidos en la línea base. Se realizarán entrevistas individuales con los participantes para registrar información cualitativa del programa. Se identificarán las áreas de mejora y se observará si se han conseguido los objetivos iniciales del programa. Los resultados servirán para medir el impacto y eficacia del este, y permitirán realizar ajustes necesarios para futuras intervenciones. Se comunicarán los resultados obtenidos mediante informes multidisciplinarios dirigidos a los familiares y residentes. Se propondrán estrategias que mantengan en el futuro las mejoras conseguidas durante el programa. Por último, se realizará el cierre del programa organizando una acto de clausura con los residentes, los familiares y el equipo técnico.

4. Conclusiones

El presente programa de prevención de la conducta suicida ha sido diseñado para llenar un vacío en el ámbito de la prevención del suicidio en las personas de la tercera edad en España, concretamente en las residencias. Trata de abordar un problema que ha adquirido una gran relevancia en los últimos años globalmente, tanto a nivel social como sanitario: el aumento de los trastornos y problemas de salud mental en las personas mayores.

El objetivo general de este programa se basa en disminuir la incidencia de ideación o conductas suicidas en residencias de personas mayores mediante la implementación de un enfoque integral que promueva la salud mental, el bienestar emocional y la calidad de vida de los residentes. Para ello, se evalúa a los participantes del centro, se desarrollan actividades grupales e individuales, y se realiza un seguimiento de su evolución a lo largo de los 4 meses que dura el programa.

A pesar de la magnitud de esta problemática, la realidad es que no se está abordando lo suficiente, por lo que podría convertirse en un desafío considerable en el futuro. Para la creación de este programa ha sido necesaria una búsqueda exhaustiva de cifras y resultados recientes sobre muertes y suicidios en residencias de la tercera edad en España. La escasez de literatura científica en relación a este tema, evidencia la necesidad de crear programas y estrategias específicas para esta población, resultado de la carencia de información minuciosa sobre esta cuestión.

Esto pone en manifiesto la necesidad de contar con datos claros, accesibles y continuos, que permitan llevar a cabo intervenciones efectivas, para poder actuar de manera preventiva y así mitigar esta problemática en el futuro. Como resultado, una de las ventajas del presente programa es la realización de una evaluación sistemática por medio de los instrumentos de evaluación y el registro de datos continuo, buscando que exista una transparencia y seguimiento de la evolución de los participantes, que permita mejorar y modificar las intervenciones de cara al futuro, en función de las necesidades individuales de los residentes.

Otra de las ventajas de este programa es su carácter integral, ya que pretende abordar factores de riesgo biológicos, psiquiátricos, psicológicos, familiares y socio-ambientales, que inciden en el riesgo suicida en este grupo etario, tratando de

integrar medidas preventivas, una intervención personalizada y un seguimiento continuo. Además, el programa, a diferencia de otros examinados centrados exclusivamente en la reducción de la conducta suicida, busca generar un impacto holístico en la salud mental de los participantes, abordando diferentes aspectos como la calidad de vida, la autoestima o el manejo del dolor, tratando así otras necesidades concretas de los residentes.

Una de las ventajas del programa es la unificación de estrategias en el abordaje de la depresión. Dado que es uno de los factores de riesgo más relevantes asociados al suicidio en este entorno y que está presente en la mayoría de los casos, es crucial realizar acciones coordinadas. Para ello, se fusionan diferentes medidas preventivas y de intervención. El programa combina la mejora de acceso de los residentes a servicios médicos, facilitando la derivación y el tratamiento precoz de enfermedades físicas que pueden incrementar la sintomatología depresiva, con la capacitación del personal en la detección temprana de los síntomas. Unido a esto, se complementan las sesiones grupales, que enseñan estrategias de afrontamiento y la gestión de emociones, con las sesiones de terapia individuales de aquellos residentes con riesgo identificados al inicio del programa con la escala GDS (Martínez et al., 2002). La sincronización de todas estas estrategias asegura que el programa favorezca la prevención y reduzca significativamente el riesgo de conductas suicidas.

Por otra parte, en comparación con otras intervenciones enfocadas enteramente en los residentes, este programa trata de incluir a los profesionales del centro, a los voluntarios y a las familias como figura de apoyo y factor protector en esta población, haciéndoles partícipes en las actividades. Esta medida recalca la importancia del entorno social en la salud mental de los adultos mayores, y contribuye a disminuir los sentimientos de soledad no deseada y aislamiento, que a su vez, puede reducir la aparición de sintomatología depresiva y por tanto, de conductas suicidas.

Los estudios revisados han mostrado que la mejora de la autonomía en los mayores favorece la calidad de vida, un aspecto crucial en el bienestar psicológico y físico. La institucionalización supone una pérdida de dicha autonomía, que afecta considerablemente a la salud mental de los residentes, favoreciendo la aparición de factores de riesgo claves en esta etapa de la vida, como son la soledad o los síntomas

depresivos. Por tal motivo, el programa busca fomentar la participación social en el entorno residencial por medio de la toma de decisiones diarias, centradas en las necesidades y preferencias de los participantes.

En cuanto a las limitaciones del programa, se encuentran el pequeño tamaño muestral ($N=60$). Esto puede ser un obstáculo de cara a generalizar los resultados, por lo que se plantea ampliar la muestra en futuras investigaciones para aumentar la validez y replicación de los resultados en diferentes contextos y poblaciones.

Por otro lado, otra limitación del estudio sería la especificidad del contexto, en este caso, las residencias, ya que restringe las características concretas del programa ante la posibilidad de aplicar la intervención en diferentes entornos con otras especificaciones. Para abordarlo en proyectos futuros, se puede realizar el mismo programa en diferentes contextos como hogares tutelados, centros de día o viviendas comunitarias y observar los resultados. Además, esto puede ser beneficioso de cara a analizar y comparar el impacto del programa en diferentes ambientes.

En cuanto a la recogida de datos mediante autoinformes, a pesar del empleo de instrumentos con adecuadas evidencias de validez para esta población, pueden surgir sesgos de deseabilidad social, ya que los participantes pueden responder a las preguntas en base a lo socialmente aceptado o lo que se espera que es lo “correcto”; y la aquiescencia, que es la preferencia a contestar de manera afirmativa independientemente del contenido de la pregunta (Louzán, 2020).

De cara a intervenciones futuras, se plantea la necesidad de realizar una transición hacia modelos de atención más flexibles, abandonando el modelo tradicional de institucionalización ya que presenta limitaciones, tanto en términos de calidad de vida como de autonomía. Se deben examinar alternativas que brinden apoyo a la tercera edad en sus hogares o en entornos pequeños adaptados, ya que reduciría de manera considerable el impacto negativo de la internalización, como la dependencia y el aislamiento. En esta línea, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), establece en el artículo 19 “*Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*” que las personas con discapacidad tienen derecho a vivir de una manera independiente en la comunidad con las mismas condiciones que el resto, pudiendo elegir el lugar de residencia y con quién

vivir. Además, se debe garantizar que tengan un acceso a servicios que eviten el aislamiento y su separación de la comunidad, y que posean las mismas instalaciones que las demás personas.

Dicho aspecto puede manifestar un cambio fundamental en el modelo de atención y cuidados dirigido a esta población, avanzando hacia uno más centrado en la persona y sus necesidades específicas, promoviendo entornos comunitarios más pequeños. Por lo que el presente trabajo, no solo trata de reducir conductas e ideación suicida, sino de reivindicar la mejora de calidad de vida, dignidad y derechos de las personas mayores en contextos residenciales, promoviendo la posibilidad de que, en el futuro, puedan vivir de manera más independiente. Esta estrategia, por lo tanto, se encuadra con los principios establecidos por la normativa internacional.

Se sugiere desarrollar modelos que promuevan el apoyo en la vivienda, basados en ofrecer servicios que favorezcan la permanencia de los adultos mayores en sus domicilios, de manera alternativa a la institucionalización en aquellos casos que sea posible. Para ello, se propone el uso de la tecnología y la comunicación continua con profesionales y la comunidad, recibiendo así la atención y apoyos necesarios sin la obligación de abandonar su hogar. Otra alternativa a la institucionalización sería la creación de entornos más pequeños y adaptados que promuevan la autonomía y una atención individualizada, pero con la posibilidad de continuar viviendo en la comunidad. Esto puede ser beneficioso de cara a la promoción de la participación social de los mayores en su entorno, reduciendo el aislamiento social con, por ejemplo, actividades recreativas, culturales o de voluntariado.

Finalmente, este trabajo persigue sentar las bases para futuras investigaciones en este ámbito, destacando la necesidad de replicar y adaptar los programas de prevención de suicidio en la tercera edad a otras residencias o contextos. Este programa ofrece una base sólida para su implementación en residencias, marcando el inicio de una intervención más integral en la prevención de la conducta suicida en personas mayores.

5. Referencias

- Acevedo, E. (2014). Calidad de vida de los mayores que viven institucionalizados en residencias para mayores: Un análisis cuantitativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 225-234. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.70>
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2023). *Manual de Psicología de la conducta suicida*. Pirámide.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clinica*, 104(20), 771-776. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7783470/>
- Arsovski, D. (2024). The Role of Animal Assisted Therapy in the Rehabilitation of Mental Health Disorders: A Systematic Literature Review. *Perspectives on Integrative Medicine*, 3(3), 142-151. <https://doi.org/10.56986/pim.2024.10.003>
- Ayala, L. M. D. Z., Pacheco, B., Montaña, I. L., & Villar, T. M. (2024). La reconstrucción del autoconcepto y la autoestima, para favorecer la reinserción social. *Simbiosis*, 5(2), 45-60. <https://doi.org/10.59993/simbiosis.v3i5.24>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>

- Calderón, A., Mateu, J., & Lacomba, L. (2021). Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: Una revisión sistemática. *Informació Psicològica*, 121, 85-105. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.121.3>
- Carcavilla, N. (2020). *Guía de buenas prácticas de soledad en residencias de personas mayores*. <https://laresnavarra.org/wp-content/uploads/lares-proyecto-piloto-soledad.pdf>
- Cerna, M. D. C. P. (2015). Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú: Depression and attempted suicide in the elderly patients hospitalized in the psychia-tric department of hospital in Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 15(1), 35-43. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/984>
- Chauliac, N., Brochard, N., Payet, C., EGEE (Étude Gatekeepers en EHPAD) study group, Duclos, A., & Terra, J. L. (2016). How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes? A controlled study in 24 centres. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 37, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.011>
- Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., Hack, T. F., & Hassard, T. (2012). Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. *Palliative & Supportive Care*, 10(1), 3–15. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000538>
- CIBERSAM. (2024). *Base de datos de instrumentos y herramientas de evaluación en salud mental*. <https://cibersam.es>
- Crestani, C., Masotti, V., Corradi, N., Schirripa, M. L., & Cecchi, R. (2019). Suicide in the elderly: A 37-years retrospective study. *Acta Biomed*, 90(1), 68–76. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.6312>
- de Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2(1), 7-12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>

- de Mendonça, C. A., de Leo, D., Ivbijaro, G., & Svab, I. (2021). Suicide prevention in older adults. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12473.
<https://doi.org/10.1111/appy.12473>
- de Oca, L. A., & Medina, D. A. (2019). Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(2), 187-194.
<https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2585>
- Domínguez, A., López, C., & Picardo, J. M. (2023). Envejecer en una residencia de ancianos en España: Una revisión integradora. *Gerokomos*, 34(3), 176-182.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X20230003000005
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2023). *Informe del Observatorio del Suicidio en España 2022: Datos diciembre 2023*.
<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
- Generalitat de Catalunya. (2021). *Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025*. Departament de Salut.
<https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-addiccions/pla-prevencio-suicidi-catalunya-plapresc/>
- González, A., & Galindo, Ó. (2020). Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 19 (3), 99-106. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.20000020>
- González, J., García, M., & Tortosa, A. (2020). El dolor en personas con demencia moderada o severa: revisión narrativa. *Gerokomos*, 31(3), 144-148.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X20200003000144
- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2020). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://bit.ly/2ZEyBJx>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Proyecciones de población. Años 2024-2074* [Comunicado de prensa].
<https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm>

- Jain, B., Kennedy, B., Bugeja, L. C., & Ibrahim, J. E. (2020). Suicide among nursing home residents: Development of recommendations for prevention using a nominal group technique. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(2), 157–171. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1652079>
- Joiner, T. (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA: *Harvard University Press*. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjghv2f>
- Laínez, S., Carbonell, A. I., Yus, R., Meléndez, E., & Marzal, Á. (2022). El suicidio en personas mayores. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-suicidio-en-personas-mayores/>
- Loue, S., & Molina, D. P. (2015). Las consideraciones éticas sobre la vulnerabilidad en la investigación cualitativa. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para la Salud Pública Desde la Ciencia*, 33, 11. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33s1a22>
- Louzán, R. (2020). Mejorar la calidad de las evaluaciones de riesgos psicosociales mediante el control de sesgos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(1), 68-81. <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2020.23.01.06>
- Martínez, A. R., de la Fuente, Y. M., & Cano, M. D. C. M. (2023). A systematic review of the current status of research on the quality of life and well-being of institutionalized older adults in Spain. *RIMCIS: Revista Internacional y Multidisciplinar en Ciencias Sociales*, 12(1), 1-39. <https://doi.org/10.17583/rimcis.11156>
- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. <https://doi.org/10.4321/S1131-57682002001000003>

- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(3), 26-32.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092015000300004&script=sci_arttext&tlng=en
- Millán, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. McGraw-Hill Interamericana. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=266728>
- Molas, M., Jerez, J., Minobes, E., Coll, L., Escribà, A., Farrés, P., Yildirim, M., Rierola, S., Goutan, E., Bezerra, D. L., Skelton, D. A., & Naudó, J. (2023). Social and emotional loneliness among older people living in nursing homes in Spain: A cross-sectional study. *Anales de Psicología*, 39(3), 465-477.
<https://doi.org/10.6018/analesps.530641>
- Molina, I., Mora, G., Carvajal, A., Marrero, M., & García, G. (2020). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicentro*, 24(1), 54-67.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000100054
- Murphy, B. J., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J. E. (2015). Completed suicide among nursing home residents: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(8), 802-814. <https://doi.org/10.1002/gps.4299>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 646-651.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
- Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados. (2024). *Informe C: Prevención activa del suicidio*. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología. <https://doi.org/10.57952/sy3a-8f56>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Prevención del suicidio: Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*.
https://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/en/

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*.
<https://www.who.int/es/data/gho/publications/world-health-statistics>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental de los adultos mayores*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Ortínez, R., Ordóñez, A., & Rodríguez, B. (2023). La depresión y el riesgo de suicidio en ancianos españoles. *SANUM: revista científico-sanitaria*, 7(2), 46-53.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9092419>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Rubio, R., Magagna, G., Jiménez, I., Bish, J., & Dumitrache, C. G. (2009). Estudio del riesgo suicida en un grupo de mayores institucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(2), 97-102.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832321044.pdf>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Sadek, J., Diaz-Piedra, B., Saleh, L., & MacDonald, L. (2024). A narrative review: Suicide and suicidal behaviour in older adults. *Frontiers in Psychiatry*, 15.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1395462>
- Salvatore, T. (2023). Dying by suicide in nursing homes: A preventable end of life outcome for older residents. *Omega*, 88(1), 20–37.
<https://doi.org/10.1177/00302228211038798>

- Sánchez, E. (2013, septiembre). El suicidio en ancianos: Prevención e intervención psicológica [Conferencia]. V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio, Centro Asistencial San Camilo, Tres Cantos, Madrid.
<https://www.cop.es/uploads/PDF/EL-SUICIDIO-EN-ANCIANOS.pdf>
- Suárez, F., Gómez, C., & Castro, S. M. (2017). Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica. *Acta Médica Colombiana*, 43(4), 207-216.
<https://doi.org/10.36104/amc.2018.1054>
- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2016). Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(1), 22–35.
<https://doi.org/10.1177/0969733014557119>
- Valera, J., & Lucerón, M. I. (2021). Factores relacionados con el suicidio en personas mayores: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202110166. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/642>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vázquez, A. J., & Jiménez, R. (1994). *RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española*.
<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/844>
- Verdugo, M. Á., Arias, B., Gómez, L. E., & Schalock, R. L. (2009). *Escala de Calidad de Vida GENCAT*. <https://inico.usal.es/escala-de-calidad-de-vida-gencat/>
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey: Manual and interpretation guide*.
https://www.researchgate.net/profile/John-Ware-6/publication/313050850_SF-36_Health_Survey_Manual_Interpretation_Guide/links/594a5b83aca2723195de5c3d/SF-36-Health-Survey-Manual-Interpretation-Guide.pdf
- Yesavage, J. A. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 709-711. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3249773/>

Anexos

Anexo A. Ejemplo de actividad perteneciente a la “Sesión 2 - El árbol de la vida”.

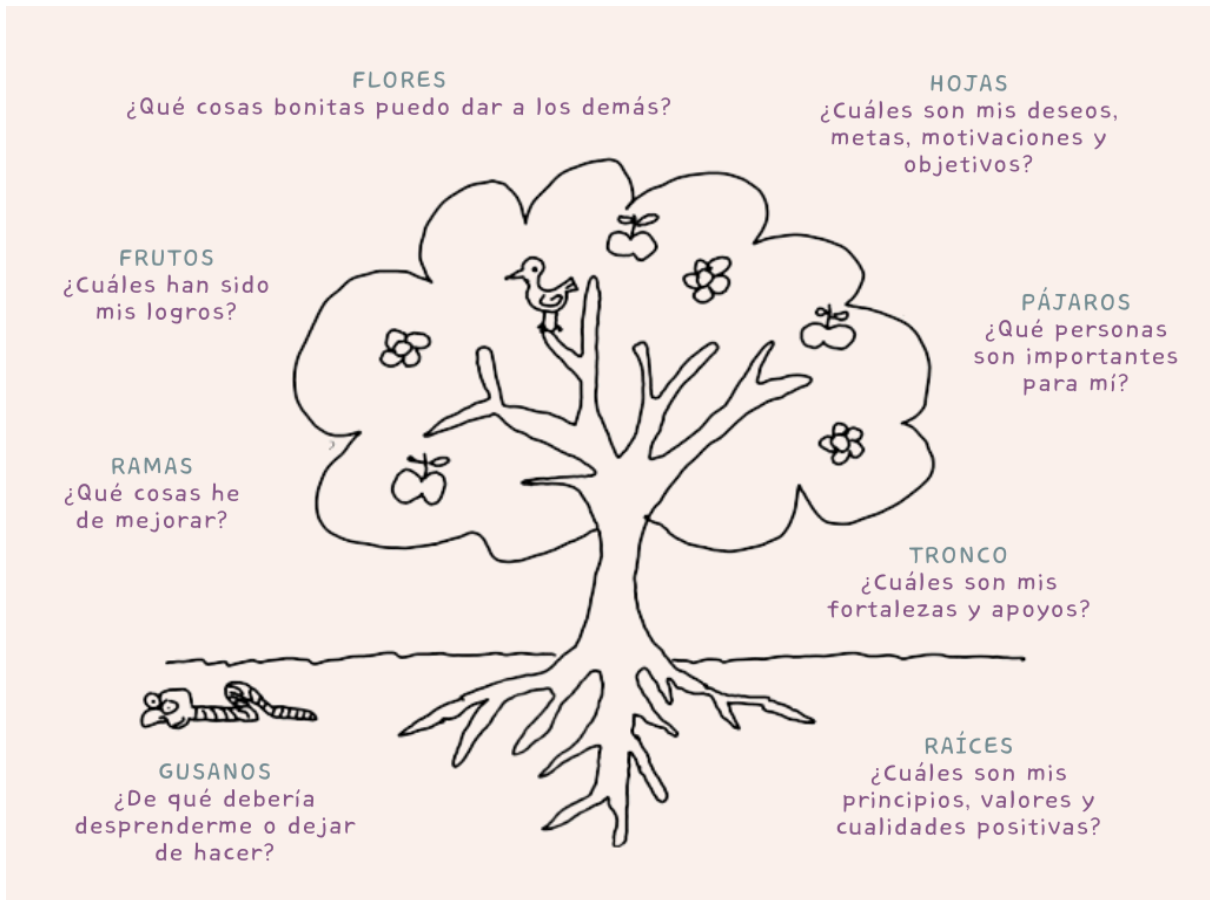


Diagrama de 8 estrategias de afrontamiento de estrés, organizadas en una cuadrícula de 2x4. Cada estrategia incluye un icono, un título y una descripción.

Estrategia	Descripción
FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	<u>Consiste en:</u> Estrategias cognitivas y conductuales dirigidas a resolver el problema y modificar la situación que genera estrés. <u>Ejemplo:</u> "Pensar detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema".
EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA	<u>Consiste en:</u> Estrategias que permiten liberar emociones que surgen durante el proceso de estrés. <u>Ejemplo:</u> "Descargué mi mal humor pintando".
AUTOFOCALIZACIÓN NEGATIVA	<u>Consiste en:</u> Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de una situación estresante o por un manejo inadecuado de esta. <u>Ejemplo:</u> "Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación".
EVITACIÓN	<u>Consiste en:</u> Estrategias que incluyen la negación o la evitación de pensamientos y conductas relacionados con el evento estresante. <u>Ejemplo:</u> "Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas".
REEVALUACIÓN POSITIVA	<u>Consiste en:</u> Estrategias cognitivas que buscan modificar el significado de la situación estresante, encontrando aspectos positivos en ella. <u>Ejemplo:</u> "Intenté sacar algo positivo del problema".
BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	<u>Consiste en:</u> Recurrir a otras personas para modificar la situación estresante o buscar consuelo emocional. <u>Ejemplo:</u> "Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal".

55

Anexo C. Cuestionario para promover la autonomía y la toma de decisiones personales perteneciente a la “Sesión 4 - Decide tu día”.

Cuestionario para promover la autonomía y la toma de decisiones personales.

1. HORARIOS Y RUTINAS PERSONALES	
Descanso y sueño	
¿A qué hora prefieres acostarte?	
¿Qué actividades te gusta realizar antes de dormir (leer, escuchar música, ver tv, etc.)?	
¿A qué hora prefieres despertarte?	
¿Te gustaría decidir con qué frecuencia y en qué horarios descansar durante el día?	
Aseo personal	
¿A qué hora prefieres ducharte?	
¿Qué tipo de productos prefieres usar (jabones, champús, cremas, etc.)?	
¿Prefieres ducharte solo/a o con ayuda?	
2. VESTIMENTA Y ESTILO PERSONAL	
Elección de ropa	
¿Qué tipo de ropa prefieres usar diariamente?	
¿Cómo te gustaría que se organicen tus prendas para que sea más fácil elegir las?	
¿Te gustaría elegir tu ropa para eventos o actividades especiales?	
3. ALIMENTACIÓN Y BEBIDAS	
Comidas principales	
¿Qué opciones de alimentos prefieres en el desayuno, comida y cena?	
¿Te gustaría decidir las porciones de tu comida?	
¿Qué bebidas disfrutas más en cada comida?	
Meriendas y snacks	
¿Qué tipo de snacks te gustaría tener disponibles durante el día?	
¿A qué hora prefieres tomar un refrigerio?	
4. ACTIVIDADES DIARIAS Y DE OCIO	
Rutinas de mañana	
¿Qué actividades prefieres hacer por la mañana (lectura, caminata, juegos, manualidades, etc.)?	
Ejercicio físico	
¿Qué tipo de ejercicios o deporte te gustaría realizar?	
¿A qué hora prefieres hacer ejercicio?	

Actividades grupales	
¿Qué tipo de actividades grupales disfrutas más (juegos, baile, talleres, etc.?)	
¿Con qué frecuencia te gustaría participar en actividades grupales?	
Hobbies y pasatiempo personal	
¿Tienes algún hobby o actividad específica que te gustaría realizar?	
¿Te gustaría aprender algo nuevo o desarrollar alguna actividad?	
5. INTERACCIONES SOCIALES Y VISITAS	
Relaciones dentro de la residencia	
¿Con quién te gustaría interactuar dentro de la residencia?	
¿Te gustaría decidir el horario y la duración de las visitas?	
Visitas externas	
¿Con qué frecuencia te gustaría recibir visitas de familiares o amigos?	
¿Te gustaría decidir el horario y duración de las visitas?	
6. MOVILIDAD Y PRIVACIDAD	
Libertad de movimientos	
¿Te gustaría decidir cuándo moverte por las áreas comunes de la residencia?	
¿Te gustaría salir fuera de la residencia más a menudo?	
Privacidad	
¿Cuánto tiempo prefieres pasar en tu habitación?	
¿Qué te gustaría incluir en tu espacio personal para sentirte más cómodo/a?	
7. PERSONALIZACIÓN DE ESPACIOS	
¿Qué cambios te gustaría hacer en tu habitación para sentirte más a gusto?	
¿Qué te gustaría añadir o cambiar en las áreas comunes de la residencia?	
8. DECISIONES GENERALES	
¿Te gustaría participar en la planificación de las actividades semanales?	
¿Qué otros aspectos de tu vida diaria te gustaría poder decidir o personalizar?	

Anexo D. Ejemplo de hoja del diario positivo perteneciente a la “Sesión 5 - Afrontando el dolor juntos”.

Mi diario positivo

Día _____ Mes: _____ Año: _____

Momentos en los que hoy me he sentido bien/momentos favoritos de mi día:

¿Cómo me he sentido hoy?

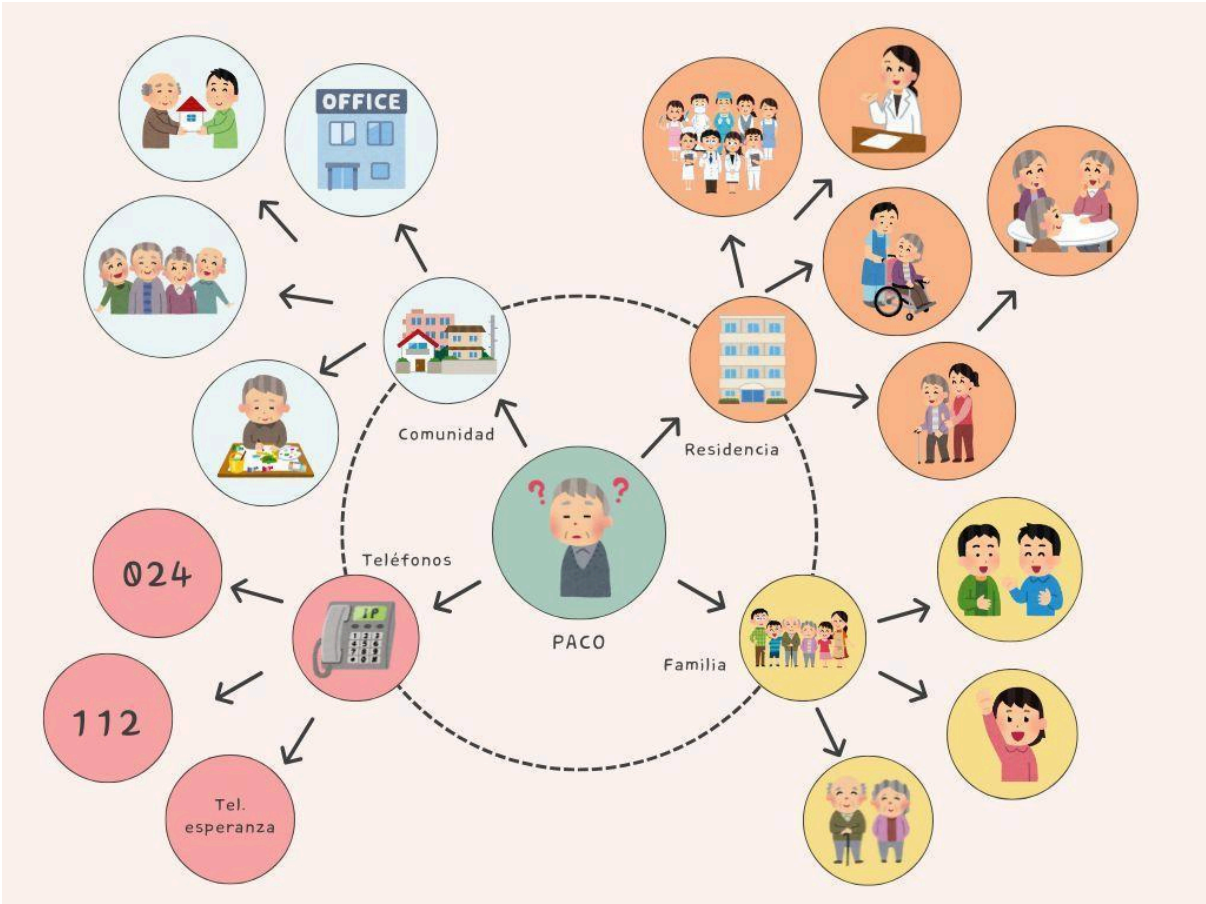
¿Por qué?

¿Qué he logrado hacer hoy?

Cosas de las que me he
sentido orgulloso/a hoy:

Notas y pensamientos:

Anexo E. Ejemplo de red de apoyo y recursos perteneciente a la “Sesión 7 - Mi red de apoyo”.



Anexo F. Ejemplo de meta personal y sus pasos para conseguirlo perteneciente a la
“Sesión 8 - El proyecto de mi vida”.

META PERSONAL DE PACO

Meta personal: Poder caminar cómodamente por el parque cada mañana sin sentirme cansado, y quizás algún día unirme al grupo de caminatas del barrio.

Pasos a seguir para lograrlo:

1. Revisar con mi médico que puedo empezar a hacer caminatas más regulares.
2. Comenzar con paseos cortos alrededor de la manzana, al menos tres veces por semana.
3. Aumentar la distancia poco a poco, según me sienta más fuerte.
4. Comprar unos zapatos cómodos para caminar que me den soporte.
5. Hablar con el grupo del barrio para saber cuándo se reúnen y unirme a ellos cuando esté listo.

Plazo para iniciar el proceso:

- Empezar los paseos cortos esta misma semana.
- Consultar al médico: en mi próxima visita, que es dentro de dos semanas.
- Zapatos cómodos: Pedirle a mi hija que me lleve a comprarlos este fin de semana.

Mural personalizado:

En mi mural he pegado:

- Una foto del parque donde quiero caminar.
- Una imagen de un grupo de personas mayores caminando juntas, sonrientes.
- Unos zapatos de color blanco que me recuerdan lo importante que es estar preparado.
- Una frase que me inspira: “Cada paso cuenta, por pequeño que sea”.

Reflexión personal:

Para lograr esto, creo que necesito ser paciente conmigo mismo y no frustrarme si avanzo despacio. También me ayudará sentir el apoyo de mis seres queridos y estar seguro de que estoy cuidando mi salud. Creo que esto mejorará mi vida porque me sentiré más ágil, menos cansado y tendré la oportunidad de socializar con otras personas.

Anexo G. Ejemplo de mural de la familia perteneciente a la “Sesión 9 - Mi familia”.



Daniel

Qué representa para mí: Mi alegría diaria y un recordatorio de la importancia de disfrutar de las cosas simples.
Fortalezas: Es curioso, tiene una imaginación increíble y siempre está dispuesto a aprender cosas nuevas.
Situaciones en las que puede ayudarme: Me anima con sus risas y ocurrencias cuando estoy triste o preocupado.
Aspectos a mejorar: Pasar más tiempo jugando juntos, porque a veces no entiendo todos sus intereses.
Qué hare para mejorar nuestra relación: Pedirle que me enseñe sus juegos o cuentos favoritos y tratar de participar más en sus juegos.

*Daniel me hizo reír en días grises.
Le pedí que me contara sus aventuras, y su inocencia alegró mi corazón.*



Carla

Qué representa para mí: Un pilar de energía y frescura, siempre me conecta con el mundo moderno.
Fortalezas: Es muy creativa, paciente conmigo y siempre busca ayudarme con la tecnología.
Situaciones en las que puede ayudarme: Cuando necesito usar el móvil o entender cómo funcionan las redes sociales.
Aspectos a mejorar: Hablar más sobre su vida, porque a veces me cuesta saber qué pasa por su mente.
Qué hare para mejorar nuestra relación: Preguntarle sobre sus proyectos en la escuela y decirle cuánto aprecio su ayuda.

Carla ayudó con el móvil cuando no sabía usar una videollamada. Solo tuve que pedirle que me enseñara, y tuvo mucha paciencia conmigo.



Paz

Qué representa para mí: Mi apoyo constante y la persona que siempre cuida de todos en la familia.
Fortalezas: Es organizada, cariñosa y muy buena escuchando.
Situaciones en las que puede ayudarme: Cuando necesito consejos sobre mi salud o simplemente alguien con quien hablar.
Aspectos a mejorar: No depender tanto de ella para todo, darle espacio para que se relaje.
Qué hare para mejorar nuestra relación: Agradecerle más seguido todo lo que hace por mí y tratar de resolver pequeñas cosas por mi cuenta.

Paz estuvo conmigo cuando estuve enfermo, siempre buscando soluciones y cuidándome con cariño.



Luis

Qué representa para mí: Un apoyo discreto pero fuerte, siempre dispuesto a ayudar sin llamar la atención.
Fortalezas: Es práctico, trabajador y tiene mucha paciencia.
Situaciones en las que puede ayudarme: En cosas de mantenimiento o cuando necesito mover algo pesado.
Aspectos a mejorar: Hablar más directamente con él, porque a veces solo me comunico a través de mi hija.
Qué hare para mejorar nuestra relación: Invitarlo a tomar un café o conversar más cuando viene de visita.

*Luis arregló una puerta que chirriaba mucho.
Aunque no lo pedí directamente, le agradecí su disposición.*



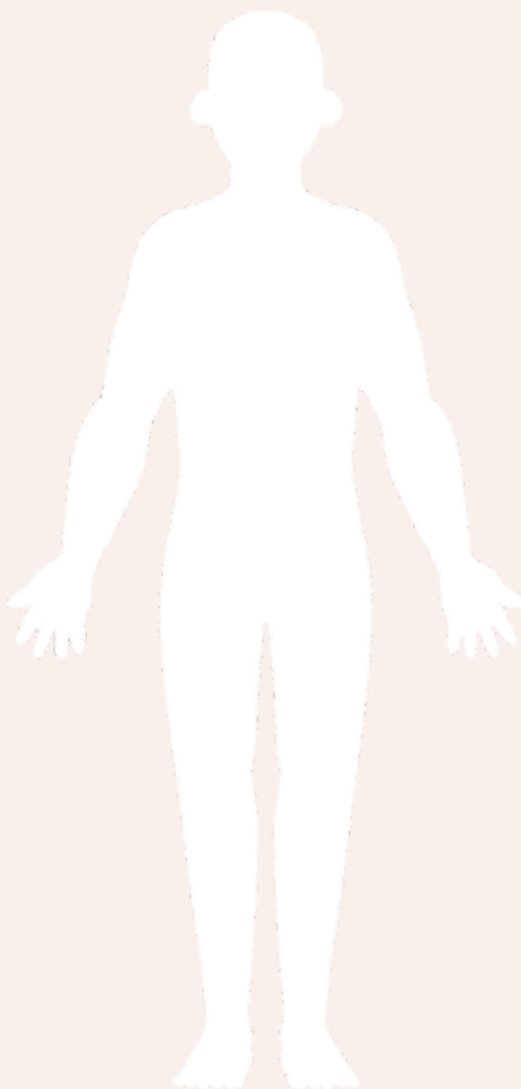
Carlos

Qué representa para mí: Mi orgullo y mi tranquilidad, saber que he formado una familia tan bonita.
Fortalezas: Es protector, decidido y siempre busca lo mejor para todos.
Situaciones en las que puede ayudarme: Cuando necesito resolver asuntos importantes o tomar decisiones.
Aspectos a mejorar: Dedicar más tiempo para compartir juntos, ya que está muy ocupado.
Qué hare para mejorar nuestra relación: Planear reuniones familiares para que podamos pasar más tiempo juntos.

*Carlos me ayudó a resolver un problema con papeles del banco.
Con solo explicarle, se encargó de todo.*

Anexo H. Ejemplo de silueta de identificación de emociones y situaciones perteneciente a la “Sesión 10 - Viaje a mi interior”.

1. Dibuja y señala cómo sientes tus emociones en diferentes partes del cuerpo. Ejemplo: siento tristeza en el pecho (se pinta de color azul), siento estrés en la cabeza (se pinta de color rojo).
2. Identifica situaciones o pensamientos que generan estas emociones y escríbelas.
3. Di alternativas a realizar para abordar dichas emociones. Ejemplo: cuando me siento solo, puedo llamar a mi amigo. Cuando estoy estresado, puedo salir a caminar. Cuando estoy enfadado, puedo tumbarme a escuchar música.



Anexo I. Hojas de registro de asistencia y encuestas de satisfacción de las actividades diseñadas para la evaluación del proceso.

REGISTRO DE ASISTENCIA DE USUARIOS A LAS SESIONES					
Semana	Fecha	Actividad/Sesión	Nombre del usuario	Asistencia (Sí/No)	Firma
1	15/09/2025	Rompiendo el hielo	Paco	Sí	

REGISTRO DE ASISTENCIA DE PERSONAL AL CURSO DE CAPACITACIÓN						
Semana	Fecha	Módulo	Nombre del participante	Cargo	Asistencia (Sí/No)	Firma
1	02/09/2025		Belén	Fisioterapeuta	Sí	

ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS RESIDENTES SOBRE LAS ACTIVIDADES	
Instrucciones: Por favor, califique cada pregunta del 1 al 10, donde 1 significa "Muy Insatisfecho" y 10 "Muy Satisfecho".	
Pregunta	Puntuación (1-10)
¿Qué tan satisfecho estás con la organización de la actividad?	
¿Consideras útil la actividad para tu bienestar emocional?	
¿Cuánto te sentiste cómodo durante la actividad?	
¿Recomendarías esta actividad al resto de tus compañeros?	
¿Cuánto se ha entendido la actividad?	
¿Cuánto te sentiste apoyado por el personal durante la actividad?	
Comentarios adicionales:	

Anexo J. Encuesta de satisfacción del programa: residentes, personal y familiares diseñadas para la evaluación del resultado.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA - PERSONAL	
Instrucciones: Por favor, califique cada pregunta del 1 al 10, donde 1 significa "Muy Insatisfecho" y 10 "Muy Satisfecho".	
Pregunta	Puntuación (1-10)
¿La formación impartida le ha permitido identificar señales de alarma de la conducta suicida?	
¿Cree que las estrategias aprendidas sirvieron para mejorar la atención psicológica de los residentes?	
¿Cree que las actividades del programa favorecieron la autonomía de los residentes?	
¿Cree que hubo mejoras en el bienestar emocional y en la calidad de vida de los residentes?	
¿Cree que el programa facilitó la interacción y el apoyo social entre los residentes?	
¿Cree que es efectivo el entorno seguro diseñado para prevenir riesgos de conducta suicida en la residencia?	
¿Considera que el programa ha ayudado a reducir el estigma hacia los problemas de salud mental en los adultos mayores?	
¿Recomendaría este programa como una estrategia de prevención de la conducta suicida para otros centros residenciales?	
Comentarios adicionales:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA - RESIDENTES	
Instrucciones: Por favor, califique cada pregunta del 1 al 10, donde 1 significa "Muy Insatisfecho" y 10 "Muy Satisfecho".	
Pregunta	Puntuación (1-10)
¿Sientes que las actividades del programa mejoraron su bienestar emocional?	
¿Las actividades le han ayudado a sentirse más autónomo en sus decisiones diarias?	
¿Se ha sentido apoyado y acompañado durante el programa por los demás residentes y el personal del centro?	
¿Cree que las actividades grupales han aumentado un ambiente de confianza y apoyo mutuo entre sus compañeros?	
¿Siente que el entorno de la residencia ahora es más seguro para usted?	
¿Las actividades del programa le ayudaron a superar sentimientos de soledad que tuviera previos a este?	
¿Se siente más capaz de gestionar sus emociones tras participar en el programa?	
¿Recomendaría este programa a otros residentes en su situación?	
Comentarios adicionales:	

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA - FAMILIARES	
Instrucciones: Por favor, califique cada pregunta del 1 al 10, donde 1 significa "Muy Insatisfecho" y 10 "Muy Satisfecho".	
Pregunta	Puntuación (1-10)
¿Cree que el programa mejoró el bienestar emocional de su familiar?	
¿Ha percibido un incremento en la autonomía y la participación de su familiar en la residencia?	
¿Siente que su familiar se encuentra más seguro en el entorno residencial tras la implementación del programa?	
¿Cree que el programa ha contribuido a reducir los sentimientos de soledad de su familiar?	
¿El personal de la residencia le mantuvo informado sobre los avances y actividades del programa?	
¿Considera que el programa promovió un mayor apoyo familiar hacia el residente?	
¿Siente que el programa contribuyó a mejorar la calidad de vida de su familiar?	
¿Recomendaría este programa para implementarlo en otras residencias?	
¿Recomendaría este programa a otros familiares?	
Comentarios adicionales:	

Anexo K. Cronograma del programa de prevención de la conducta suicida en contextos residenciales.

