

REVISIÓN SISTEMÁTICARecibido: 19 de marzo de 2021
Aceptado: 6 de octubre de 2021
Publicado: 8 de octubre de 2021**FACTORES RELACIONADOS CON EL SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Jorge Valera Ortín (1) y María Isabel Lucerón Lucas-Torres (1)

(1) Centro de Estudios Sociosanitarios. Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La depresión es una patología prevalente en la mayoría de las personas mayores y que está asociada negativamente con la ideación y la conducta suicida en la tercera edad. El objetivo de esta revisión sistemática fue estudiar la relación entre la conducta suicida y los factores de riesgo asociados que llevan a las personas mayores a cometerlo.

Métodos: Se buscó sistemáticamente en las bases de datos *PubMed*, *Web of Science*, *SciELO* y *CUIDEN*, además, se empleó un buscador, Google Académico, incluyendo los estudios cuando eran observacionales, con población de 60 años o más, cuyos pacientes hubieran realizado algún intento suicida y por el contrario se excluyeron cuando los participantes eran niños o adolescentes, reportaran casos de homicidios o solo reportaran los métodos empleados en el suicidio. No se delimitó la búsqueda en base a filtros ni a periodos de tiempo. Los datos se presentan en base a *Odds Ratio*, Riesgo Relativo y porcentaje (%).

Resultados: Se incluyeron 18 estudios en esta revisión sistemática. Se reportaron diversos factores asociados con la aparición de la conducta suicida en las personas mayores, siendo los siguientes los más relevantes: trastornos mentales graves (valor medio OR/RR de 157,80); depresión (valor medio OR/RR de 16,53); e intentos de suicidio previo (valor medio OR/RR de 12,33).

Conclusiones: Se han diferenciado factores patológicos, sociodemográficos y psicosociales relacionados con la ideación y la aparición de la conducta suicida en las personas mayores.

Palabras clave: Depresión, Personas mayores, Conducta suicida, Patologías físicas, Patologías mentales.

ABSTRACT**Suicide related factors in the elderly:
A systematic review**

Background: Depression is a disease prevalent in most older people and is negatively associated with suicidal ideation and behaviour in the elderly. The objective of this systematic review was to study the relationship between suicidal behaviour and the associated risk factors that lead older people to commit it.

Methods: We searched systematically in the PubMed, Web of Science, SciELO and CUIDEN database, in addition, we used a search engine, Google Scholar, including studies when they were observational, with population of 60 years or more, whose patients had made any suicide attempt and instead were excluded when the participants were children or adolescents, reported cases of homicide or only reported the methods used in the suicide. The search was not delimited based on filters or time periods. The data is presented based on Odds Ratio, Relative Risk and percentage (%).

Results: Eighteen studies were included in this systematic review. Various factors associated with the appearance of suicidal behaviour in the elderly were reported, the following are the most relevant: serious mental disorders (mean OR/RR value of 157.80); depression (mean OR/RR value of 16.53); and previous suicide attempts (average OR/RR value of 12.33).

Conclusions: Pathological, sociodemographic and psychosocial factors related to the ideation and appearance of suicidal behaviour in the elderly have been differentiated.

Key words: Depression, Elderly, Suicidal behaviour, Physical pathologies, Mental pathologies.

Correspondencia:
Jorge Valera Ortín
Centro de Estudios Sociosanitarios
Facultad de Enfermería
Edificio Melchor Cano
Campus Universitario de Cuenca
Universidad de Castilla-La Mancha
Camino de Pozuelo, s/n
16071 Cuenca, España
jorgev.o9898@gmail.com

Cita sugerida: Valera Ortín J, Lucerón Lucas-Torres MI. Factores relacionados con el suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 8 de octubre e202110166.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾ (OMS) muestra un especial interés en la prevalencia y causas de suicidio, ya que se ha convertido en un importante problema y, a la vez, una prioridad de salud pública, siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Se estima que una media de 800.000 personas en el mundo se suicida cada año (de las cuales 123.853 muertes suceden en Europa, siendo casi el 80% hombres), pero si hablamos de intentos de suicidio esa cifra se incrementa hasta 20 veces. Datos del 2016 revelaban una media de 793.000 fallecimientos por suicidio, representando una tasa de 10,5/100.000 habitantes al año.

Los datos muestran que la incidencia de suicidio ha aumentado progresivamente en los últimos años, y en 2020 se estimaba que las víctimas por esta causa llegarían a los 1,53 millones a nivel mundial⁽²⁾. Aunque el suicidio es especialmente relevante en los grupos de edad de entre 15 a 29 años y de 40 a 49 años, se ha observado un aumento en el número de víctimas de suicidio entre los mayores de 60 años⁽³⁾. Según la OMS, cada año 6 millones de personas mayores de 65 años pierden la vida debido a algún tipo de lesión, mientras que un tercio de estos incidentes es debido a actos violentos incluyendo los suicidios⁽⁴⁾.

La mayoría de los suicidios son identificados en países con ingresos medios y bajos, indicando que los suicidios son fruto de una carencia en los servicios y recursos de esos territorios, necesarios para la identificación y prevención de los intentos de suicidio⁽⁵⁾. Por otra parte, la conducta suicida conlleva importantes consecuencias en el entorno más cercano de la víctima, viéndose afectada la esfera emocional, social y económica, que podríamos denominar costes indirectos. Se ha podido estimar que el coste ligado al suicidio, considerando los

gastos directos e indirectos, es de unos 250.000 millones de dólares anuales en EE.UU.⁽⁶⁾.

El suicidio es un acto que hoy en día sigue siendo tabú en la sociedad, pero que poco a poco está tomando mayor importancia y relevancia a la hora de ser estudiado. En España todo lo que englobe el suicidio es silenciado y/o evitado por nuestro entorno y por los medios de difusión (medios de comunicación, redes sociales, etc.), quitándole importancia a un tema que cada vez engrosa más sus cifras de defunciones año tras año y, que presenta un déficit respecto al registro de datos, visibilización y sensibilización en nuestra sociedad por parte de las administraciones y organismos públicos^(7,8).

Cabe destacar que el fallecimiento por suicidio de una persona mayor tradicionalmente se ha considerado menos relevante que el fallecimiento de alguien más joven, como son los adolescentes o los adultos jóvenes, llegando a menospreciar el suicidio en el grupo de mayores de 60 años⁽⁹⁾. Además, existe la percepción de que la muerte por suicidio en la población anciana tiene un impacto económico bajo en la comunidad, ya que este grupo poblacional no forma parte de la población activa⁽⁹⁾.

Los adultos mayores pasan por muchos cambios que son significativos, e incluso estresantes, que modifican completamente el estilo de vida de estos sujetos, situando a esta población como vulnerable debido a sus características especiales⁽⁴⁾. Las consecuencias que trae consigo el envejecimiento afectan a la esfera biopsicosocial de las personas mayores, como son la pérdida de autonomía (tanto física como económica, esta última debida a la jubilación), deterioro de la salud física (enfermedades somáticas y crónicas, dolor, cáncer, etc.), deterioro de las actividades de la vida diaria, institucionalización, pérdida del rol y pérdidas sociales, entre otros⁽¹⁰⁾. A todos esos factores se le suma el deterioro de la salud mental y neurológica de

las personas mayores, haciéndolos más susceptibles a los trastornos psiquiátricos (Alzheimer, depresión o ansiedad)⁽¹¹⁾.

Queda claro que en la edad adulta se dan una serie de modificaciones funcionales y estructurales que propician el deterioro de la capacidad de adaptación ante agentes nocivos y aumentan la probabilidad de fallecimiento⁽¹²⁾. Diversos estudios afirman que los trastornos psiquiátricos (como la depresión) son uno de los principales factores de riesgo para cometer suicidio en este grupo de edad⁽¹³⁾. Pero se suman también varios componentes como el intento previo de suicidio, las enfermedades físicas graves, los conflictos familiares, las pérdidas recientes, la soledad o el hecho de vivir solo. También se conoce que las personas de edad avanzada realizan menos intentos de suicidio que los grupos de edad más jóvenes, ya que los métodos con los que los realizan son más letales y, por lo tanto, el número de suicidios consumados se dispara frente al de los jóvenes⁽¹⁴⁾. Se prevé, que el incremento de la esperanza de vida en la mayoría de los países conlleve un aumento del número de suicidios en las personas mayores ya que, a su vez, también aumentará el número de enfermedades crónicas que estos padecerán, la duración de estas y el uso de tratamientos, reflejándose como un problema en el sistema sanitario de los países, aumentando consigo el gasto sanitario⁽⁹⁾.

Aunque se conocen las causas por las que las personas de edad avanzada con depresión cometen suicidio, falta información sobre como la presencia de factores de riesgo como son otros trastornos mentales, enfermedades físicas-somáticas, estatus socioeconómico, relaciones sociales y soledad son condicionantes para llevar a cabo el acto suicida. Por todo esto, el objetivo de este estudio fue identificar la relación entre la conducta suicida y los factores de riesgo asociados que llevan a las personas mayores a cometerlo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron estudios que identificaran la relación entre la conducta suicida y los factores de riesgo asociados que llevan a las personas mayores a cometerlo. La revisión contiene una declaración explícita de que los métodos han sido fijados con antelación a su ejecución y se justifica cualquier derivación del protocolo. Esta revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones del Manual de la Cochrane⁽¹⁵⁾ para revisiones sistemáticas y se ha reportado siguiendo los principios de la declaración MOOSE⁽¹⁶⁾ (anexo I).

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda sistemática entre noviembre de 2020 y marzo de 2021, en las bases de datos *PubMed*, *Web of Science (WOS)*, *SciELO* y *CUIDEN*. Para la búsqueda se introdujeron las siguientes palabras clave: “*older people*”, “*older adults*”, “*elderly*”, “*senior*”, “*elderly persons*”, “*aged*”, “*old age*”, “*elderly people*”, “*risk of suicide*”, “*risk factors*”, “*suicide risk factors*”, “*depression*”, “*physical illness*”, “*alcohol abuse*”, “*pain*”, “*burden of illness*”, “*education*”, “*cancer*”, “*schizophrenia*”, “*anxiety*”, “*organic mental disorders*”, “*adjustment disorders*”, “*personality disorders*”, “*loneliness*”, “*marital status*”, “*previous attempts*”, “*sex/gender*”, “*religion*”, “*smoking*”, “*disability of family role*”, “*dementia*”, “*family history of suicide*”, “*economical status*”, “*having children*”, “*bereavement*”, “*family discord*”, “*place of residence*”, “*race*”, “*suicide*”, “*suicide mortality*”, “*suicide attempts*”, “*death by suicide*”, y “*suicide victims*” (figura 1). Las palabras se combinaron mediante operadores booleanos para identificar los artículos primarios que estudiaran la conducta suicida, así como las causas, enfermedades, trastornos y abusos, que desencadenaran la ideación y la conducta suicida. También se examinaron las listas de referencias de los artículos recuperados para identificar cualquier estudio adicional pertinente y se empleó

Figura 1
Estrategia PICO incluyendo las palabras usadas en la búsqueda bibliográfica.

	'Risk of suicide' OR 'Risk factors' OR 'Suicide risk factors' OR 'Depression' OR 'Physical illness' OR 'Alcohol abuse' OR 'Pain' OR 'Burden of illness' OR 'Education' OR 'Cancer' OR 'Schizophrenia' OR 'Anxiety' OR 'Organic mental disorders' OR 'Adjustment disorders' OR 'Personality disorders' OR 'Loneliness' OR 'Marital status' OR 'Previous attempts' OR 'Sex/gender' OR 'Religion' OR 'Smoking' OR 'Disability of family role' OR 'Dementia' OR 'Family history of suicide' OR 'Economical status' OR 'Having children' OR 'Bereavement' OR 'Family discord' OR 'Place of residence' OR 'Race'	
'Older people' OR 'Older adults' OR 'Elderly' OR 'Senior' OR 'Elderly persons' AND OR 'Aged' OR 'Old age' OR 'Elderly people'	AND AND	'Suicide' OR 'Suicide mortality' OR 'Suicide attempts' OR 'Death by suicide' OR 'Suicide victims'

el buscador Google Académico (*Google Scholar*) para completar la búsqueda. Finalmente, la búsqueda y la selección de estudios se hizo por duplicado, por dos investigadores independientes, así como la valoración del riesgo de sesgos y la extracción de los datos.

Respecto a los criterios de elegibilidad, los artículos incluidos en esta revisión cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- i) Estudios observacionales.
- ii) Incluyeron población de 60 años o más.
- iii) Incluyeron pacientes que realizaron intentos suicidas o que llegaron a la consumación de este.
- iv) Incluyeron como variable resultado los motivos de suicidio incluyendo factores sociodemográficos, psicosociales y patológicos.

Los estudios fueron excluidos cuando:

- i) No estaban escritos en inglés o español.
- ii) Reportaban datos en niños o adolescentes.
- iii) Informan únicamente sobre los métodos empleados en el suicidio.
- iv) Reportan datos de casos de homicidios.

Extracción de datos: Se realizó una síntesis cualitativa de los estudios incluidos mediante la extracción y síntesis de los datos en una tabla *ad hoc*, que incluía datos referentes a: autor y año; país; tipo de estudio; edad; sexo; tipo de población; factores psicosociales y sociodemográficos; y factores patológicos.

Los datos extraídos fueron los reportados mediante tres medidas resultado, *Odds Ratio*

(OR), Riesgo Relativo (RR) y mediante porcentajes (%).

Evaluación del riesgo de sesgos: Se evaluó el riesgo de sesgos de cada uno de los artículos incluidos en este trabajo. Para ello se empleó la herramienta *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies*⁽¹⁷⁾. Dicha lista de evaluación contiene 14 ítems, que pueden ser calificados con 3 tipos de colores: verde como “*si*” (cuando el estudio sí cumple con dicho ítem); rojo como “*no*” (cuando el estudio no cumple con dicho ítem); o amarillo como “*no disponible*” (en el caso de que el ítem no aparezca en el estudio).

RESULTADOS

La búsqueda recuperó un total de 2.988 artículos. De esos, 1.852 artículos fueron eliminados como duplicados y 54 artículos fueron analizados en base a título y resumen. Por último, 18 artículos cumplieron con los criterios de inclusión^(S1-S18) (figura 2) y fueron incluidos en este trabajo.

El **anexo II** sintetiza las principales características de los estudios incluidos. Las poblacionales incluidas oscilaron entre 39 y 356.780.000 sujetos, pertenecientes a 18 cohortes analizadas entre 1980 y 2014. De las 18 cohortes seis procedían de Suecia^(S1,S7,S10,S14-S16); dos de Canadá^(S4,S11), Taiwán^(S6,S17) y Corea del Sur^(S8,S9); y una de cada uno de los siguientes países: Dinamarca^(S2), Finlandia^(S3), Francia^(S5), Japón^(S12), EE.UU.^(S13) y Japón^(S12). La edad de la población incluida en los estudios fue de 60 años o más, aunque un estudio^(S11) incluyó sujetos mayores de 55 años.

Además, la **tabla 1** aporta detalles sobre los diferentes factores y los resultados de cada uno de los estudios. El 100% los estudios incluían población que había sufrido intento

Figura 2
Diagrama de flujo PRISMA.

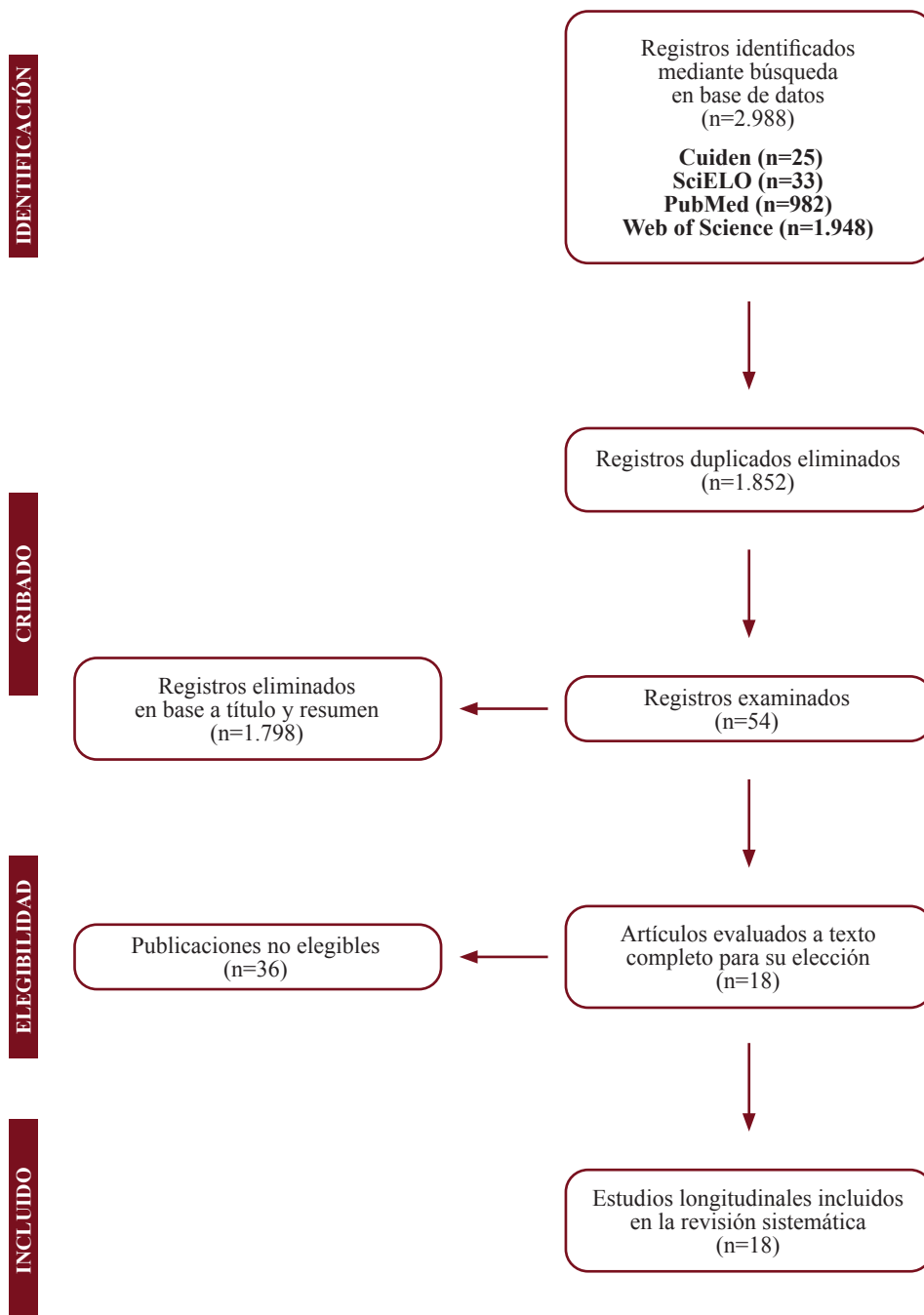


Tabla 1
Características principales de los estudios incluidos en esta revisión sistemática.

Estudio	Autor	País	Tipo de estudio	Edad (años)	Sexo	Tipo de población y seguimiento
S1	Waern <i>et al</i> (2002)	Suecia	Casos-contrroles con entrevistas semiestructuradas	75	♂ (n=108) ♀ (n=130) Población total (n=238)	Casos de suicidio 1994-1996
S2	Erlangsen <i>et al</i> (2015)	Dinamarca	Cohorte dinámica	≥65	♂ (n=1.010.047) ♀ (n=839.063) Población total (n=1.849.110)	1990 a 2009
S3	Henriksson <i>et al</i> (1995)	Finlandia	Estudio de autopsia psicológica	≥60	♂ (n=9) ♀ (n=34) Población total (n=43)	Casos de suicidio 1987-1988
S4	Juurlink <i>et al</i> (2004)	Canadá	Casos-controles	74,4	♂ (n=1.585) ♀ (n=5.059) Población total (n=6.644)	Casos de suicidio 1992-2000
S5	Lebret <i>et al</i> (2006)	Francia	Casos-controles con encuestas descriptivas	70,1	♂ (n=35) ♀ (n=24) Población total (n=59)	Hospitalizados por intento de suicidio 1993-2000
S6	Liu <i>et al</i> (2009)	Taiwán	Casos-controles	75,5	Casos (n=43) Controles (n=43) Población total (n=86)	Casos: paciente de emergencias 2005-2006. Controles: reclutados mediante carteles del estudio alrededor del hospital
S7	Morin <i>et al</i> (2013)	Suecia	Cohortes	80	♂ (n=56) ♀ (n=47) Población total (n=103)	Hospitalarios por intento de suicidio 2003-2006
S8	Oh <i>et al</i> (2015)	Corea del Sur	Cohortes	≥60	♂ (n=378) ♀ (n=277) Población total (n= 655)	2010-2013
S9	Choi <i>et al</i> (2019)	Corea del Sur	Cohortes	89,5	♂ (n=327.565) ♀ (n=230.582) Población total (n=558.147)	Casos de suicidio 2002-2013
S10	Waern <i>et al</i> (2003)	Suecia	Casos-controles	77,6	♂ (n=104) ♀ (n=130) Población total (n=238)	Informes forenses por suicidio 1994-1996
S11	Quan <i>et al</i> (2002)	Canadá	Casos-controles	≥55	♂ (n=583) ♀ (n=1233) Población total (n=1.766)	Casos: casos de suicidio Controles: fallecidos en accidente de automóvil
S12	Takahashi <i>et al</i> (1995)	Japón	Casos-controles	75,7	Población total (n=50)	Pacientes psiquiátricos 1980-1990
S13	Turvey <i>et al</i> (2002)	EE.UU.	Cohortes	78,6	Población total (n=420)	1981-1986
S14	Wiktorsson <i>et al</i> (2010)	Suecia	Casos-controles	79,7	Población total (n=511)	Pacientes de emergencias 2003-2006
S15	Wiktorsson <i>et al</i> (2011)	Suecia	Casos-controles	80	♂ (n=21) ♀ (n=32) Población total (n=39)	Pacientes de emergencias 2003-2006
S16	Wiktorsson <i>et al</i> (2013)	Suecia	Casos-controles	81,4	♂ (n=40) ♀ (n=32) Población total (n=72)	Pacientes de emergencias 2003-2006
S17	Yeh <i>et al</i> (2017)	Taiwán	Casos-controles	≥65	♂ (n=3.948.887) ♀ (n=3.542.420) Población total (n=7.500.559)	Casos de suicidio 2010-2012
S18	Zhong <i>et al</i> (2016)	China	Cohortes	≥65	Población total (n=356.780.000)	Población general 2013-2014

o cometido suicidio, siendo el 83,33% (15 estudios) de ellos población general^(S1-S4,S6,S8-S11,S13-S18), solo el 16,67% (3 estudios) analizaban datos de sujetos que habían sido hospitalizados^(S5,S7,S12) debido a intentos previos de suicidio. Los estudios reportaban distintos factores relacionados con el suicidio en OR/RR y porcentaje (tabla 2).

Cuando los estudios reportaron los motivos de suicidio en OR o RR, los motivos psicosociales y sociodemográficos que más frecuentemente se asociaron con el suicidio en personas mayores fueron: soledad, vivir solo, intentos de suicidio previo, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, género masculino, nivel económico bajo y

Tabla 2
Valores combinados para los OR/RR y proporciones reportadas en los estudios incluidos en esta revisión sistemática.

Factores		OR/RR		%	
		Nº de estudios	Valor combinado	Nº de estudios	Valor combinado
Factores psicosociales y sociodemográficos	Soledad	2	5'61	3	42'00
	Vivir solo	3	3'40	2	71'00
	Intento de suicidio previo	2	12'33	1	36'50
	Antecedentes de tratamiento psiquiátrico	2	11'80	2	56'50
	Sexo (masculino)	3	3'43	-	-
	Nivel económico bajo	3	1'92	-	-
	Presencia de cónyuge/casado	2	0'43	1	36'00
	Educación más allá de la obligatoria	3	0'65	-	-
	Nivel bajo educativo/ Educación únicamente obligatoria	1	2'41	2	64'25
	Malestar/conflictos familiares/ discapacidad de la función familiar	1	36'40	2	31'05
Factores patológicos	Depresión	9	16'53	5	47'42
	Depresión mayor	4	26'56	3	44'00
	Depresión menor	2	13'25	1	25'00
	Cáncer	5	3'93	-	-
	Trastorno bipolar	3	16'72	1	6'00
	Ansiedad	2	3'80	2	8'70
	Demencia	-	-	3	9'56
	Trastorno por abuso de alcohol	2	5'91	1	23'00
	Enfermedad física grave	2	5'12	1	20'04
	Visión dañada/ Problemas de visión	2	8'47	-	-
	Trastorno de personalidad	-	-	2	11'45

OR: Odds Ratio; RR: Riesgo Relativo; %: porcentaje.

la presencia de cónyuge/casado. Por otra parte, cuando los estudios informaron en porcentaje (%) de los factores de riesgo psicosociales y sociodemográficos presentes en los casos de suicidio, los motivos más frecuentemente reportados fueron: soledad, vivir solo, intentos de suicidio previo, antecedentes de tratamiento psiquiátrico y la presencia de cónyuge/casado.

Cuando los estudios reportaron los factores patológicos de suicidio en OR o RR, los factores más comunes fueron: depresión, trastorno bipolar, ansiedad, trastorno por abuso de alcohol, enfermedad física grave y cáncer.

A su vez, los estudios también documentaron en porcentaje (%) la presencia de los factores patológicos relacionados con el suicidio en personas mayores, siendo los más comunes los siguientes: depresión, ansiedad, demencia, trastorno bipolar y trastorno de personalidad.

Evaluación del riesgo de sesgos: Todos los artículos cumplían criterios relacionados con la pregunta de investigación, la población estudiada, y la tasa de participación. Por otra parte, ningún estudio informó sobre la justificación del tamaño de la muestra, ni sobre el cegamiento de las mediciones (tabla 3).

Tabla 3
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

Estudio	Autor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
S1	Waern <i>et al</i> (2002)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S2	Erlangsen <i>et al</i> (2015)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S3	Henriksson <i>et al</i> (1995)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S4	Juurink <i>et al</i> (2004)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S5	Lebret <i>et al</i> (2006)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S6	Liu <i>et al</i> (2009)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S7	Morin <i>et al</i> (2013)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S8	Oh <i>et al</i> (2015)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S9	Choi <i>et al</i> (2019)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S10	Waern <i>et al</i> (2003)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S11	Quan <i>et al</i> (2002)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S12	Takahashi <i>et al</i> (1995)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S13	Turvey <i>et al</i> (2002)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S14	Wiktorsson <i>et al</i> (2010)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S15	Wiktorsson <i>et al</i> (2011)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S16	Wiktorsson <i>et al</i> (2013)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S17	Yeh <i>et al</i> (2017)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
S18	Zhong <i>et al</i> (2016)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Notas: ■ (Si) / ■ (No) / ■ (No disponible)

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre la conducta suicida y los distintos factores de riesgo asociados que llevan a las personas mayores a cometerlo. Este estudio muestra que el suicidio en personas mayores es multifactorial, incluyendo factores patológicos entre los que encuentran los trastornos mentales (siendo el más destacado la depresión), las enfermedades neurodegenerativas, enfermedades físicas y crónicas, cáncer, y abuso de alcohol y otras sustancias. Por otra parte, entre los factores sociodemográficos y psicosociales los motivos más relacionados son la soledad, vivir solo, previo intento de suicidio, y los problemas económicos.

Todos los factores relacionados con la conducta suicida se asientan en la base del envejecimiento. El envejecimiento⁽¹⁸⁾ somete a la persona mayor a una serie de cambios estructurales y funcionales que afectan a las esferas social, biológica y psicológica, generando así un impacto negativo en la calidad de vida y su bienestar biopsicosocial. Además, en la vejez se observa el cambio en el rol social de los sujetos, donde el estilo y la forma de vida se modifican drásticamente, dejando de formar parte de la sociedad activa, pasando a un segundo plano donde los jóvenes y los adultos son los que tienen mayor relevancia social⁽¹⁸⁾.

Uno de los factores altamente relacionado con el riesgo de suicidio entre las personas mayores, es la presencia de trastornos mentales. Estos trastornos, tienen una alta prevalencia⁽¹⁹⁾, siendo los más comunes la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar y el trastorno de personalidad. La depresión^(20,21) es el trastorno mental más predominante entre los pacientes mayores descrito por la literatura, siendo mayor su prevalencia entre las mujeres⁽²²⁾ que comenten suicidio o que han cometido intentos previos. Además, la depresión puede empeorar

el curso de una enfermedad ya diagnosticada, así como favorecer la aparición de otras nuevas, y ocasionar grandes modificaciones en el ámbito familiar.

Los problemas neurológicos⁽²³⁾, como el Alzheimer y la demencia, cobran una gran importancia entre la población mayor. Es común que, en las primeras etapas, tanto en el Alzheimer como en la demencia, la autoconciencia de las limitaciones sea un factor de riesgo ante la conducta suicida. Por otro lado, se observa que el avance de la enfermedad y la pérdida asociada de las funciones cognitivas se convierten en un factor protector frente al riesgo suicida⁽²⁴⁾. Finalmente, el intento previo de suicidio⁽²⁵⁾, junto con los trastornos mentales, es uno de los predictores más importantes y destacados a la hora de cometer nuevas tentativas de suicidio en adultos mayores, aumentando el riesgo de suicidio durante un espacio de tiempo extenso. Esto se ve apoyado por el estudio de Molina *et al*⁽²⁶⁾, donde se expone una relación estadísticamente significativa para el intento de suicidio previo.

Las enfermedades físicas⁽²⁷⁾, también se han reportado como factor de riesgo en la tentativa de suicidio. El daño físico, dolor, debilidad física y mental e incapacidad, sumado a la aparición de estrés, condiciona a su vez a la aparición de trastornos mentales, precipitando este conjunto a la conducta suicida. Las limitaciones físicas para realizar las actividades básicas de la vida diaria se suman a los factores que propician las conductas suicidas en los mayores⁽²⁸⁾. Las enfermedades crónicas⁽²⁹⁾ y el cáncer⁽³⁰⁾ también se han contemplado como factores relacionados con los suicidios entre las personas mayores, aumentando en un 218% y un 751% respectivamente el riesgo de cometer un intento de suicidio debido a que en esta población aumenta su incidencia y prevalencia, aumentando la aparición de dolor, sufrimiento y trastornos mentales.

En el ámbito socioeconómico⁽¹⁸⁾, las personas mayores pueden experimentar una disminución en la cantidad de ingresos que puede ser fuente de preocupación y que en muchos casos evoluciona con la aparición de estrés, angustia, abuso de sustancias y desórdenes mentales, que precipitan a la realización del acto suicida. De igual modo, es una etapa caracterizada por las pérdidas, pero las que más afectan al estado de ánimo y a la salud psicológica son las pérdidas de seres queridos⁽²⁹⁾, que afloran en los sujetos los sentimientos de soledad, desesperanza y las conductas atípicas como consumo excesivo de alcohol, que son alicientes del suicidio.

Una vez recopilados todos estos datos e información pueden ser de gran ayuda para hacer frente y detectar en la asistencia clínica la aparición de signos y síntomas de conducta e ideación suicida en las personas mayores. Además, con la consistencia de los resultados y con el respaldo de investigaciones posteriores, este problema de salud como es el suicidio puede ver sus cifras descender, ya que pueden incentivar la creación de guías de práctica clínica o protocolos centrados en la detección y abordaje de estas situaciones, evitando así resultados fatales.

Debemos reconocer algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, los estudios incluidos muestran principalmente la asociación negativa con la conducta suicida de múltiples variables, pero no se puede descartar que haya estudios en los que no se han encontrado asociación y que no hayan sido publicados. Además, se han consultado las bases de datos *PubMed*, *WOS*, *SciELO* y *CUIDEN*, los criterios de inclusión-exclusión y la inclusión única de estudios escritos en inglés o español, criterios que han podido evitar encontrar algunos estudios de interés para este estudio. Además, la heterogeneidad entre los estudios incluidos, con una gran variedad en la edad de la población incluida, el sexo, la presencia de diferentes patologías mentales y/o físicas, el intento

previo de suicidio, el nivel socioeconómico y educativo de los participantes y el sentimiento de soledad, puede limitar las conclusiones de este estudio. Finalmente, el hecho de que el 50% de los estudios incluidos no cumplieran entre 3 o más criterios, puede afectar a la interpretación de los resultados de este estudio.

En conclusión, este estudio ha identificado diversos factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en las personas mayores, diferenciándolos en dos categorías: factores patológicos, y factores sociodemográficos y psicosociales. Entre los factores patológicos se encuentran los trastornos mentales, siendo el más destacado la depresión; las enfermedades neurodegenerativas, las enfermedades físicas y crónicas, el cáncer, y el abuso de alcohol y otras sustancias. Por otra parte, entre los factores sociodemográficos y psicosociales los motivos más altamente relacionados son la soledad, vivir solo, intento previo de suicidio, y los problemas económicos. Los profesionales sanitarios deben prestar atención al primer contacto y en las consultas posteriores con las personas mayores a cualquier signo de alerta. La entrevista previa con el paciente es el punto de partida, para identificar aquellas preocupaciones y verbalizaciones que refieren los pacientes y entender en que entorno familiar y social se encuentran. Se deben estudiar los antecedentes de la persona mayor, ya que aportan información para completar su perfil y realizar un plan de actuación determinado e individualizado para cada sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sotoca R, López JA, Frades B, Pena J, Oltra A, Font A *et al*. Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Generalitat Valenciana; 2016. 45.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Ginebra. 8 de septiembre de 2004.

- <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/> (último acceso 24 de enero de 2021).
3. Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. 1ª ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2019.
 4. Nikitopoulou T, Moraitis K, Tsellou M, Stefanidou-Loutsidou M, Spiliopoulou C, Papadodima S. Violent deaths among elderly in Attica, Greece: A 5-year survey (2011–2015). *J Forensic Leg Med.* 2019; 65: 76–80.
 5. Dávila CA, Pardo AM. Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2017; 16(33): 36-51.
 6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
 7. García-Martín AF, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Olivares-Pardo E, Perea- Pérez B. Utilidad del análisis de clasificación en la tipología del intento de suicidio en una población hospitalaria. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94: 20 de noviembre e202011135.
 8. García-Martín AF, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Olivares-Pardo E, Perea- Pérez B. Evaluación de factores de riesgo del intento suicida en población clínica hospitalaria en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94: 10 de septiembre e202009098.
 9. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML, Cecchi R. Suicide in the elderly: A 37-years retrospective study. *Acta Biomed.* 2019; 90(1): 68–76.
 10. Waern M, Wilhelmson K. Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology.* 2003; 49: 328–334.
 11. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in Older Adults. *Psychiatr Clin North Am.* 2011; 34(2): 451–468.
 12. De La Caridad Ribot Reyes V, Romero MA, Arteaga MER, Castillo AG. Suicidio en el adulto mayor. *Rev Habanera Ciencias Medicas.* 2012; 11(5) :699–708.
 13. Jokinen J, Mattsson P, Nordström P, Samuelsson M. High Early Suicide Risk in Elderly Patients After Self-Poisoning. *Arch Suicide Res.* 2016; 20(4): 683–688.
 14. Conwell Y. Management of Suicidal Behavior in the Elderly. *Psychiatr Clin North Am.* 1997; 20(3):667–683.
 15. Higgins J, Green SR. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1. 0. The Cochrane Collaboration.* 2011. p.5.
 16. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thecker SB; for the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) Group. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *JAMA.* 2008;283:2008–2012.
 17. National Heart Lung and Blood Institute. Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies. Bethesda, MD Natl Institutes Heal Dep Heal Hum Serv. 2014; 1–4.
 18. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Clinical review Recent developments: Suicide in older people Sources and selection criteria Dispelling the myths (Greek and otherwise). *Bmj.* 2004; 329: 895–899
 19. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry.* 2011; 56(7): 387–397.
 20. Cerna CP. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú. 2015; 35–43.
 21. Sultanoglu H, Erdem Sultanoglu T. Evaluation of elderly patients in adult suicide cases admitted to the emergency department. *J Forensic Leg Med.* 2021; 77.

22. Bagheri N, Batterham PJ, Salvador-Carulla L, Chen Y, Page A, Calear AL *et al.* Development of the Australian neighborhood social fragmentation index and its association with spatial variation in depression across communities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019; 54(10): 1189–1198.
23. Rubio A, Vestner AL, Stewart JM, Forbes NT, Conwell Y, Cox C. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: A case-control study. *Biol Psychiatry.* 2001; 49(2): 137–145.
24. Draper B, Peisah C, Snowdon J, Brodaty H. Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimer's Dement.* 2010; 6(1): 75–82.
25. Anía BJ, Chinchilla E, Suárez-Almenara JL, Irurita J. Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003; 38(3): 170–174.
26. Molina Linares II, Mora Marcial G, Carvajal Herrera A, Marrero Salazar M, García Triana G. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicentro.* 2020; 24(1): 54–67.
27. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: Current perspectives. *Clin Interv Aging.* 2018; 13: 701–712.
28. Erlangsen A, Banks E, Joshy G, Calear AL, Welsh J, Batterham PJ *et al.* Physical, mental, and social wellbeing and their association with death by suicide and self-harm in older adults: a community-based cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020; 1–10
29. Kim HK, Ahn JS, Kim H, Cha YS, Lee J, Kim MH *et al.* Sociodemographic and clinical characteristics of old-old suicide attempters compared with young-old and middle-aged attempters. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018; 33(12): 1717–1726.
30. Yeh ST, Ng YY, Wu SC. Association of psychiatric and physical illnesses with suicide in older adults in Taiwan. *J Affect Disord.* 2020; 264: 425–429.

Anexo I MOOSE Checklist for Meta-analyses of Observational Studies.		
Item N°	Recommendation	Reported on Page N°
Reporting of background should include		
1	Problem definition	1-2
2	Hypothesis statement	1-2
3	Description of study outcome(s)	1-2
4	Type of exposure or intervention used	1-2
5	Type of study designs used	1-2
6	Study population	1-2
Reporting of search strategy should include		
7	Qualifications of searchers (eg, librarians and investigators)	-
8	Search strategy, including time period included in the synthesis and key words	5
9	Effort to include all available studies, including contact with authors	-
10	Databases and registries searched	5
11	Search software used, name and version, including special features used (eg, explosion)	-
12	Use of hand searching (eg, reference lists of obtained articles)	5
13	List of citations located and those excluded, including justification	-
14	Method of addressing articles published in languages other than English	-
15	Method of handling abstracts and unpublished studies	-
16	Description of any contact with authors	-

Anexo I (continuación)		
MOOSE Checklist for Meta-analyses of Observational Studies.		
Item N°	Recommendation	Reported on Page N°
Reporting of methods should include		
17	Description of relevance or appropriateness of studies assembled for assessing the hypothesis to be tested	-
18	Rationale for the selection and coding of data (eg, sound clinical principles or convenience)	7
19	Documentation of how data were classified and coded (eg, multiple raters, blinding and interrater reliability)	-
20	Assessment of confounding (eg, comparability of cases and controls in studies where appropriate)	-
21	Assessment of study quality, including blinding of quality assessors, stratification or regression on possible predictors of study results	10 (tabla 2)
22	Assessment of heterogeneity	10 (tabla 2)
23	Description of statistical methods (eg, complete description of fixed or random effects models, justification of whether the chosen models account for predictors of study results, dose-response models, or cumulative meta-analysis) in sufficient detail to be replicated	-
24	Provision of appropriate tables and graphics	10 (tabla 2)
Reporting of results should include		
25	Graphic summarizing individual study estimates and overall estimate	9 (tabla 2)
26	Table giving descriptive information for each study included	18-23
27	Results of sensitivity testing (eg, subgroup analysis)	-
28	Indication of statistical uncertainty of findings	-
Reporting of discussion should include		
29	Quantitative assessment of bias (eg, publication bias)	12-13
30	Justification for exclusion (eg, exclusion of non-English language citations)	12-13
31	Assessment of quality of included studies	10 (tabla 2)
Reporting of conclusions should include		
32	Consideration of alternative explanations for observed results	-
33	Generalization of the conclusions (ie, appropriate for the data presented and within the domain of the literature review)	12-13
34	Guidelines for future research	-
35	Disclosure of funding source	-

Anexo II
Asociaciones y proporciones de factores de riesgo presentes en los estudios
incluidos en esta revisión sistemática.

Estudio	Autor	Factores		OR/RR	%	
S6	Liu <i>et al</i> (2009)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Hábito de fumar	-	32,60	
			Hábito de beber		27,90	
			Antecedentes de enfermedad mental		34,90	
			Discapacidad de la función familiar		40,00	
			GDS-15 >5		74,40	
		Factores patológicos	Puntuación BSRS-5 ≥5	17,76	69,80	
			Trastorno depresivo	8,38	60,50	
			Problemas cardiovasculares	-	41,90	
			Problemas neurológicos		30,20	
			Diabetes mellitus		16,30	
			Problemas quirúrgicos		9,30	
			Demencia		16,30	
		S7	Morin <i>et al</i> (2013)		Factores psicosociales y sociodemográficos	Intento de suicidio tratado en el hospital
♂	6,25					
Asociación entre trastorno por abuso de alcohol e intento de suicidio tratado en hospital	5,70					
Vivir solo	1,90					
Intento de suicidio previo	5,20					
Antecedentes familiares de suicidio	2,82					
Antecedentes de tratamiento psiquiátrico	11,30					
Factores patológicos	Enfermedad somática grave			1,28		
	♂ abuso de alcohol			9,50		
	♀ abuso de alcohol			12,00		
S8	Oh <i>et al</i> (2015)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Suicidalidad	3,84	-	
			Bajo nivel educativo	2,41		
			Vivir solo	6,40		
			Problemas con el alcohol	6,77		
			Ideación suicida Activa	15,86		
			Ideación suicida Pasiva	1,20		
			Plan suicida	6,87		
			Bajo nivel de ingresos	2,26		
		No casado	1,52			
		Factores patológicos	Depresión	3,02-3,84		-

Anexo II (continuación)
Asociaciones y proporciones de factores de riesgo presentes en los estudios
incluidos en esta revisión sistemática.

Estudio	Autor	Factores		OR/RR	%
S9	Choi <i>et al</i> (2019)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Nivel medio de ingresos	1,22	-
			Nivel bajo de ingresos	1,34	
			♂ con nivel bajo de ingresos	1,50	
			60-74 años con nivel bajo de ingresos	1,41	
S10	Waern <i>et al</i> (2003)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Jubilación anticipada	1,30-1,70	-
			Soledad	3,70-4,60	
			Conflictos familiares	15,50-57,30	
			Problemas económicos	8,50	
		Factores patológicos	Enfermedades físicas graves	4,50-5,20	-
			Visión dañada	2,90-8,20	
			Trastorno mental grave	39,20-276,40	
			Depresión mayor	27,80-45,20	
			Depresión menor	5,50-42,30	
			Trastorno por consumo de sustancias	15,90	
S11	Quan <i>et al</i> (2002)	Factores psicosociales y sociodemográficos	♂	2,59	-
			Raza blanca	2,59	
			Zona urbana de residencia	2,04	
			Nivel alto de ingresos	1,67	
			Nivel medio de ingresos	1,32	
		Factores patológicos	Depresión	6,70	-
			Cáncer	1,73	
			Casados + enfermedad pulmonar crónica	1,86	
Otra enfermedad psiquiátrica	2,16				
S12	Takahashi <i>et al</i> (1995)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Trastornos de adaptación	-	20,00
			Alcoholismo	-	2,00
		Factores patológicos	Depresión mayor	-	20,00
			Trastorno bipolar	-	6,00
			Trastornos de personalidad	-	6,00
			Demencia	-	4,00

Anexo II (continuación)					
Asociaciones y proporciones de factores de riesgo presentes en los estudios incluidos en esta revisión sistemática.					
Estudio	Autor	Factores		OR/RR	%
S13	Turvey <i>et al</i> (2002)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Presencia de cónyuge	0,36	-
			Raza (ref. caucásicos): Asiáticos	4,16	
			Raza (ref. caucásicos): Afroamericanos	0,16	
			Educación, años	0,98	
			Religión (ref. católicos): Protestante	0,61	
			Religión (ref. católicos): Judío	3,18	
			Otra religión	2,96	
			No religión	2,33	
			Mala percepción de la salud	3,36	
		Factores patológicos	Cáncer	2,51	-
			Síntomas depresivos	1,34	
			Infarto	1,78	
			Consumo de alcohol (1-2 bebidas/día)	1,08	
S14	Wiktorsson <i>et al</i> (2010)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Personas casadas/cohabitan	0,51	-
			Soledad	7,07	
			Vivir solo	1,90	
			Vivir en instituciones	1,05	
			Educación más allá de la obligatoria	0,56	
			Historia de tratamiento psiquiátrico	12,31	
			Previos intentos de suicidio	19,46	
		Factores patológicos	Cualquier trastorno afectivo	81,90	-
			Depresión mayor	47,40	
			Depresión menor	2,60	
			Trastorno bipolar	27,60	
S15	Wiktorsson <i>et al</i> (2011)	Factores psicosociales y sociodemográficos	♀	-	54,00
			Vivir solo	-	77,00
			Educación únicamente obligatoria	-	67,50
			Historia de tratamiento psiquiátrico	-	62,00
			Previos intentos de suicidio	-	36,50
			Preinscripción de antidepresivos	-	64,50
			Desesperanza	-	60,00
			Soledad	-	60,50
			Intento de violencia	-	28,00
		Factores patológicos	Sueño reducido	-	45,00

Anexo II (continuación)
Asociaciones y proporciones de factores de riesgo presentes en los estudios
incluidos en esta revisión sistemática.

Estudio	Autor	Factores		OR/RR	%
S16	Wiktorsson <i>et al</i> (2013)	Factores psicosociales y sociodemográficos	♀	-	58,00
			Personas casadas/que cohabitan		36,00
			Vivir solo		65,00
			Educación únicamente obligatoria		61,00
			Historia de tratamiento psiquiátrico		51,00
			Soledad		57,00
		Factores patológicos	Depresión mayor	-	68,00
			Depresión menor		25,00
S17	Yeh <i>et al</i> (2017)	Factores psicosociales y sociodemográficos	Nivel de contacto psiquiátrico: Tratamiento únicamente ambulatorio	5,33	-
			Nivel de contacto psiquiátrico: Tratamiento en sala de emergencias	18,30	
			Nivel de contacto psiquiátrico: Tratamiento en ingreso hospitalario	14,83	
			Bajos ingresos	2,17	
		Factores patológicos	Síntomas depresivos	14,09	-
			Síntomas de trastorno bipolar	13,37	
			Síntomas de esquizofrenia	9,20	
			Cáncer	7,78	
			Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	3,02	
			ICTUS	2,52	
			Hipertensión (HTA)	2,38	
			Enfermedad renal crónica (ERC)	2,35	
Diabetes mellitus (DM)	2,04				
S18	Zhong <i>et al</i> (2016)	Factores psicosociales y sociodemográficos	2014	1,04	-
			♂	1,47	
			Zona rural	1,83	
			Localización geográfica: Oeste	0,97	
			Localización geográfica: Central	1,93	

OR: Odds Ratio; RR: Riesgo Relativo; %: proporciones; GDS: *Global Depression Scale*; BSRS: *Brief Symptom Rating Scale*; ♂: hombres; ♀: mujeres.