



**Universidad  
Europea CANARIAS**

**Revisión Sistemática Sobre los Factores  
Protectores y de Riesgo asociados al  
suicidio en la Vejez para su eficaz  
Intervención**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autores**

Samuel Rodríguez Álvarez  
Ayoze Velasco Pérez

**Tutora**

Raquel Martín González

6 de julio de 2024

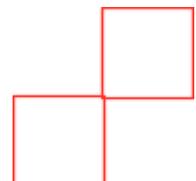
**Campus de la Orotava**

Calle Inocencia García, 1  
38300 la Orotava

Tenerife [universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Instalaciones de Santa Cruz**

C/ Valentín Sanz, 27  
38002 Santa Cruz de





## **Resumen**

El suicidio es un grave problema de salud pública que afecta a miles de personas anualmente, con cifras elevadas tanto en ideación, como en tentativa y consecución suicida, dificultando su prevención y tratamiento. Este fenómeno varía según el sexo y la edad, con una notable relevancia en hombres y ancianos. Los adultos mayores, además de enfrentar elevadas tasas de suicidio, emplean métodos más letales y muestran menos señales previas, complicando su prevención. Esta revisión sistemática busca identificar los factores de riesgo y protección asociados al suicidio en la vejez para desarrollar intervenciones eficaces. Se incluyeron artículos publicados entre 2019 y 2024 que trataran sobre factores de riesgo y protección del suicidio en mayores de 60 años. La búsqueda se realizó en tres bases de datos: Medline Complete, CINAHL y APA PsycInfo. Se seleccionaron 11 estudios: 2 de casos y controles, 8 de cohortes y 1 ensayo clínico. Los factores de riesgo más relevantes incluyen: ser hombre, estar soltero o viudo, bajos ingresos, problemas de salud física, trastornos psicológicos y presentar intentos previos de suicidio. Los factores protectores incluyen: buena salud física, ausencia de trastornos mentales y redes sociales significativas. Para reducir las tasas de suicidio en ancianos, es crucial diseñar intervenciones específicas para este grupo de edad que aborden ambos tipos de factores, tratando de reducir los de riesgo y potenciar los protectores, y enfocándose en desestigmatizar los aspectos y creencias asociados a la vejez y capacitar a los profesionales de salud para detectar señales de alarma.

## **Palabras clave**

Ancianos, factores de riesgo, factores protectores, ideación suicida, suicidio, vejez

## **Introducción**

Hablar de suicidio equivale a abordar uno de los problemas de salud pública más graves a los que se enfrenta la sociedad en la actualidad, ya que cada año, aproximadamente 703.000 personas ponen fin a sus vidas; mientras que el número de aquellos que lo intentan sin lograrlo se ve aumentado exponencialmente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). A estos datos hay que añadir los de todas aquellas personas que presentan ideación suicida, sin haber llegado a intentarlo, encontrando además, entre ellas muchas que no lo comunican ni buscan ayuda, siendo, por ende, una cifra total difícilmente calculable, aspectos que repercuten de manera sumamente negativa tanto en su prevención como tratamiento.

Estos datos, sitúan al suicidio como la principal causa de muerte externa en varios países, entre ellos, España, donde las cifras no han hecho más que ascender desde el año 2018, pasando de 3539 casos hasta los 4227 contabilizados durante el 2022, situando a esta causa de fallecimiento por delante de los ahogamientos, sumersiones y sofocaciones accidentales (4108 muertes), las caídas accidentales (3788 defunciones) y los accidentes de tráfico (1815 muertes) (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023).

El suicidio supone un hecho y proceso traumático y doloroso, tanto para aquellos que lo efectúan como para sus seres queridos, amén del resto de la sociedad. Existen diferencias en este tipo de conductas en función de sexo y rangos de edad. Respecto al primer factor, según datos de la OMS (2021) los hombres se suicidan en una tasa mayor al doble que las mujeres (12,6 muertes por cada 100000 varones; 5,4 por cada 100000 mujeres). Con relación al segundo factor, se han encontrado diferencias tanto en los niveles de riesgo de ideación, tentativa y consecución del suicidio, como en la tipología de éste, cuando se analiza en base a los diferentes rangos de edad. En este sentido, la población mayor posee niveles de riesgo de suicidio más elevados en la mayoría de los países (33 fallecimientos por cada 100000 ancianos en la población), cuando se compara con las

personas jóvenes y de mediana edad, con 17 y 26 suicidios por cada 100000 personas, respectivamente (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019; OMS, 2021). A su vez, los ancianos, a la hora de suicidarse, llevan a cabo conductas más letales y violentas, como ahorcamientos, autoasfixia con bolsas de plástico, estrangulamientos o precipitaciones y saltos letales; presentando además una menor frecuencia de intentos y avisos previos (Chattun et al., 2022; Deuter et al., 2016; Innamorati et al., 2014; Kim et al., 2018; Murphy et al., 2012); esto dificulta aún más el proceso de prevención e intervención con esta población. A ello hay que añadir que tanto la ideación como la tentativa y consecución de suicidio en la población mayor aumentan con la edad (Kim et al., 2018).

Por otra parte, existen factores que remarcan la necesidad de abordar la problemática del suicidio en la vejez de forma pronta y eficaz. Por un lado, el avance de la ciencia y la tecnología ha traído consigo un aumento de la esperanza de vida general de la población mundial, que ha provocado que, en los últimos años, el porcentaje de personas de 65 años o más haya crecido considerablemente, pasando de menos de un 5% en la década de los 60 (150 millones de ancianos), a un 9,54% en el año 2021 (747 millones de personas mayores) (Banco Mundial, 2021). Así, se prevé que, en el año 2050 la población de 60 años o más, a nivel mundial se haya duplicado, alcanzando los 2100 millones; y la de 80 años o más se haya triplicado, comprendiendo unos 426 millones de personas (OMS, 2022). Estos datos evidencian que se está produciendo un envejecimiento de la población global, por tanto, de no acometer la prevención y tratamiento eficaces del suicidio en la vejez, el riesgo podría ser cada vez mayor. Por otro lado, en la sociedad actual existen estereotipos, creencias y valores que tienden a discriminar e infravalorar a las personas mayores, a través de diferentes políticas, prácticas y procedimientos que las afectan de forma implícita y explícita. Entre los diferentes tipos de discriminación a la vejez se encuentran la exclusión ante el acceso a servicios médicos, sanitarios y tratamientos de diversa índole; la exclusión de sus perfiles en las investigaciones sanitarias; la devaluación del valor de sus vidas o ser percibidos como una carga para la sociedad; el menor destino

de recursos económicos desde los estamentos políticos; o las malas relaciones sociales, entre otras; que reflejan una falta de atención pública y social a lo concerniente a su bienestar y necesidades, actuando como un potente factor facilitador de mala calidad de vida, desarrollo de enfermedades físicas, deterioro cognitivo, trastornos mentales (especialmente ansioso-depresivos) y, en último término, ideación y tentativa suicida (Betz et al., 2016; Chang et al., 2020; Huelbes, 2024; Van Orden y Deming, 2018). Robert Butler (1969) denominó estos hechos como “edadismo”, que implica cualquier tipo de discriminación y prejuicios hacia los ancianos sólo por el hecho de serlo; convirtiéndose en uno de los principales factores de riesgo de suicidio en la vejez (Butler, 1969; Van Orden y Deming, 2018). Además de éste, la literatura científica ha identificado una variedad de factores de riesgo, que van desde los aspectos socioeconómicos y de salud hasta los psicológicos (como trastornos ansioso-depresivos) y sociales. Por ejemplo, según el estudio de Conwell et al. (2002), las enfermedades crónicas, la pérdida de seres queridos, el aislamiento social y la depresión aumentan significativamente la vulnerabilidad de los adultos mayores al suicidio. Por todo ello, se han buscado nuevos predictores que puedan explicar y actuar ante esta conducta. Algunos de ellos podrían ser bajos logros educativos e ingresos económicos, el aislamiento social, la soledad, la dependencia en las actividades de la vida diaria, o el deterioro cognitivo (Ko, 2021).

Es igualmente importante explorar los factores de protección que pueden amortiguar este riesgo en la vejez. Investigaciones como la de Szanto et al. (2003) han destacado la importancia de los recursos personales y sociales, como el apoyo social, la resiliencia y el sentido de propósito en la vida, como factores que pueden mitigar el riesgo de suicidio en los adultos mayores. Desde el modelo biopsicosocial, alguno de los factores biológico que pueden reducir el suicidio son: actividad física, atención personalizada, autocuidado, buena alimentación, compensación de capacidades, funcionalidad, higiene, potencialización de capacidades y salud física (Aviad y Cohen-Louck, 2021). Otros factores más asociados con los niveles psicológicos podrían ser el locus interno de control y mantener un propósito en la

vida que correlacionan de forma negativa con el riesgo de suicidio (Aviad y Cohen-Louck, 2021); además de mantener buena autoestima, bienestar emocional, flexibilidad y adaptación a los cambios, motivación y un buen soporte a nivel emocional (Montes de Oca y Rodríguez, 2019). Por último, a nivel social, realizar actividades recreativas, tener apoyo familiar y social, la interacción social y mantener redes sociales aumenta la autoeficacia y la pertenencia al grupo del mayor, actuando como un potente factor protector (Montes de Oca y Rodríguez, 2019).

Sin embargo, aunque se han desarrollado intervenciones para hacer frente a éste fenómeno, la mayoría de ellas no son específicas para los ancianos, sino que se trata de intervenciones que, si bien poseen validez, han sido diseñadas para la población general, no teniendo en cuenta, por ende, los factores protectores y de riesgos de la vejez, como, por ejemplo, la Terapia Cognitivo Conductual Breve para la Prevención del Suicidio (Bryan y Rudd, 2018), la Terapia Cognitivo Conductual para la Prevención del Suicidio (Brown et al., 2014), la Terapia Interpersonal (Reynolds.,1999); o la Terapia de Resolución de Problemas (Arean et al.,2008). En cambio, existen algunas Intervenciones específicas para la vejez, como aquellas basadas en la comunidad, que identifican ancianos con riesgo suicida y promueven su socialización, el apoyo comunitario y la participación en actividades grupales para reducir el aislamiento social y el riesgo de suicidio (Conwell y Thompson, 2018).

El número de investigaciones y la cantidad de recursos destinados a la intervención y prevención del suicidio en los adultos mayores es mucho menor que en otros grupos de población, lo que agrava y cronifica esta problemática (Betz et al., 2016; Chang et al., 2020; Huelbes, 2024; Van Orden & Deming, 2018). En consecuencia, la mayoría de las políticas y prácticas implementadas para hacer frente al suicidio en la vejez son de carácter general, tal y como se expuso en el párrafo anterior. Si se pretende reducir la mortalidad relativa al suicidio en los ancianos, han de diseñarse intervenciones basadas en los factores protectores y de riesgo específicos de este subgrupo (Buendía et al., 2009; Chattun et al.,

2022; Conwell et al., 2002; Deuter et al., 2016; Gayoso, 2004; Innamorato et al., 2014; Kim et al., 2018; Ko, 2021; Murphy et al., 2012).

El objetivo de esta revisión sistemática (RS) es analizar y detectar los factores de riesgo y protectores respecto al suicidio propios de la vejez, ya que conociéndolos se podrían desarrollar programas más eficaces y eficientes de tratamiento en estos rangos de edad. Se pretende analizar, de forma secundaria, las intervenciones psicológicas que han considerado estos factores en la prevención del suicidio en la vejez.

## **Método**

La presente revisión sistemática se ha realizado siguiendo los criterios establecidos por la Colaboración Cochrane (Higgins y Green, 2011), comunicándose siguiendo las directrices establecidas en la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Metaanalyses; Page et al., 2020).

### ***Criterios de inclusión***

Se han seleccionado los artículos publicados en los últimos 5 años (2019-2024), que cumpliesen con los siguientes criterios:

- *Población:* aquellos artículos donde se analiza o trabaja con adultos de 60 años o más, independientemente de su sexo, de cualquier nivel cultural, económico y orientación sexual. Se seleccionan también artículos en los que se comparan subgrupos poblacionales de otras edades con nuestra población de interés con el objetivo de delimitar características idiosincrásicas de nuestra población diana.
- *Idioma:* inglés y español
- *Factores de exposición:* se consideran todos los factores de riesgo y/o protectores asociados al suicidio en esta tipología de conducta.
- *Resultados:* ideación, tentativa y/o consecución de suicidio.
- *Diseño:* estudios de cohortes, ensayos clínicos y estudios de casos y controles.

- *Comparación:* se seleccionan tanto trabajos donde existe grupo de comparación (personas más jóvenes, subniveles dentro del rango de vejez), como otros que no los poseen, debido a la naturaleza y tipo de estudio.

### ***Criterios de exclusión***

- *Población:* estudios centrados en personas con psicopatologías graves, discapacidad intelectual y personas con procesos oncológicos o enfermedades terminales.
- *Diseño:* se excluyeron diseños de tipo cualitativo, así como estudios transversales, series de casos o casos aislados, editoriales, opiniones de expertos, informes, capítulos de libro, tesis doctorales o resúmenes de conferencia.
- *Factor de exposición:* se excluyeron artículos que tratan sobre la Covid-19.

Se realizó la búsqueda de artículos en tres bases de datos electrónicas: Medline Complete, CINAHL y APA PsycInfo, a través del motor de búsqueda de la Biblioteca electrónica de la Universidad Europea, efectuando la última búsqueda el 27 de noviembre de 2023.

Se usaron tanto términos de texto libre como de texto controlado, así como diferentes filtros. La estrategia de búsqueda queda recogida en la tabla 1 del Anexos.

El proceso de selección de artículos se dividió en dos etapas. En primer lugar, dos revisores de manera individual llevaron a cabo la selección de artículos a partir de sus títulos y resúmenes, reuniéndose tras ello ambos revisores a fin de consensuar qué artículos pasaban a la segunda etapa. En ella ambos revisores llevaron a cabo la selección a texto completo de los artículos escogidos en la etapa anterior. Los casos de desacuerdo se resolvieron por consenso.

Para el proceso de extracción de datos se hizo uso de una tabla de Excel, en la que ambos revisores incorporaron los datos de cada artículo de manera conjunta. Los datos extraídos fueron aquellos relativos a las variables de interés (diseño del estudio, factores

protectores, conducta del espectro suicida y cómo estos dos últimos afectan a los resultados obtenidos).

Para la evaluación de riesgo de sesgos de los artículos elegidos se hizo uso de la versión en español del Programa de Lectura Crítica (CASPe; Cabello, 2015), a través de tres cuestionarios de 11 preguntas cada uno, relativos a los diseños incluidos (casos y controles, cohortes y ensayo clínico aleatorizado) las preguntas de cada uno están ubicadas en la tabla 2 de Anexos. Por otro lado, se consideraron los siguientes niveles de riesgo de sesgo: >80% “sí”: Bajo; 60-80% “sí”: Medio; <60% “sí”: Alto.

Con el objetivo de poder considerar de forma cuantitativa los resultados obtenidos, así como medir el efecto de las variables evaluadas con relación al aumento o disminución de la ideación y conductas suicidas; así como la eficacia de los programas de prevención, se resumió el apartado de “*Análisis estadístico*” de cada artículo, a través de parámetros como el valor de la probabilidad (p), odds ratio (OR), curva de Kapla-Meier, tasa de incidencia (TIR), cociente de riesgo o Hazard Ratio (HR),  $R^2$  ajustado, intervalo de confianza (IC), porcentaje y Tasa de Mortalidad Estandarizada (TME).

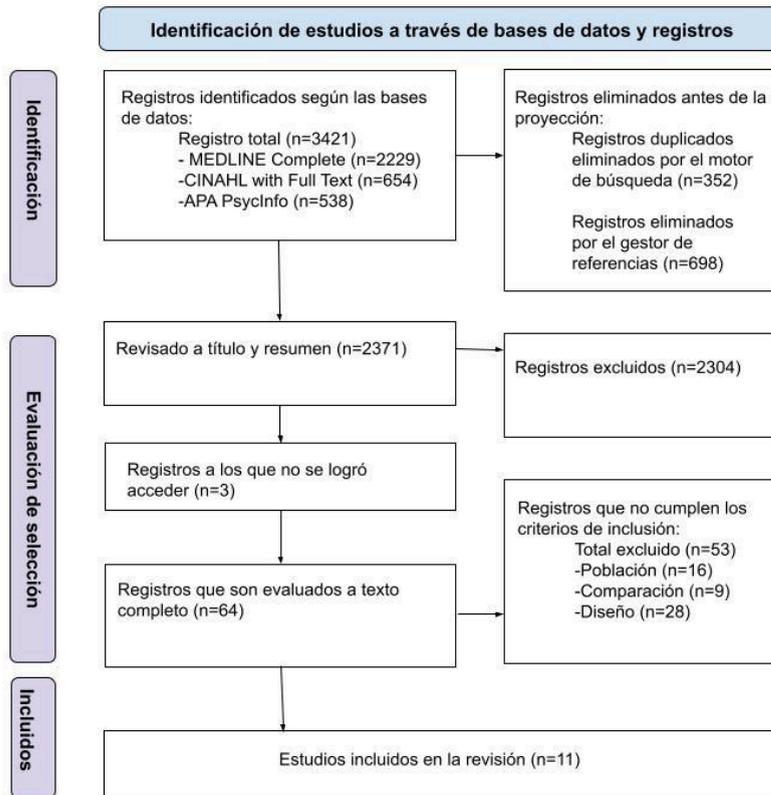
Para la compilación e integración de datos obtenidos en los diferentes estudios, se ha hecho uso tanto de síntesis narrativa, como de tablas.

## **Resultados**

Para la presente revisión sistemática se seleccionaron 11 artículos, correspondientes a dos estudios de casos y controles, ocho estudios de cohortes y un ensayo clínico aleatorizado (ECA). El procedimiento de selección y exclusión de esta fase se encuentra disponible en la figura 1.

**Figura 1**

**Diagrama de flujo de selección de artículos**



En la tabla 3 de anexos se encuentra recopilada toda la información extraída de la revisión de cada artículo, de forma integrada. En ella se recogen las características del estudio, la conducta de espectro suicida, factores de exposición que se evalúan (factores de riesgo y/o protectores), resultados y conclusiones.

Por otra parte, la información demográfica correspondiente a edad de la muestra y distribución por sexos, así como el tipo de diseño queda recogido en la tabla 1.

**Tabla 1**  
**Características demográficas y tipo de estudio**

Autores	Tipo de estudio	Edad de la muestra	n Mujeres (n total) Porcentaje %
de Souza et al., 2020	Casos y controles	≥60	63 (105) 60%
Erlangsen et al., 2021	Cohortes	≥65	49741 (102880) 51.7%
Holmstrand et al., 2021	Cohortes	≥65	732 (1223) 59.9%
Irigoyen et al., 2019	Cohortes	18-91	246 (371) 66.3%
Ecker et al., 2019	Estudio Clínico Aleatorizado (ECA)	≥60	17 (302) 94.4%
An et al., 2019	Cohortes	18- ≥65	6694 (14013) 52.2%
Fagerström et al., 2021	Cohortes	≥60	4291 (7418) 57.9%
Choi et al., 2019	Cohortes	≥60	327565 (558147) 58.7%
Grande et al., 2022	Cohortes	≥75	5741189 (9686698) 59.3%
Hedna et al., 2020	Casos y controles	≥75	817154 (1413806) 57.8%
Mulholland et al., 2023	Cohortes	18- ≥65	4337 (7648) 56.7%

Para dichos estudios se reclutó a un total de 11.792.611 personas no siendo posible determinar la edad media de los participantes ya que, en algunos estudios esta información es omitida.

Los estudios incluidos se llevaron a cabo en Brasil (de Souza et al., 2020); Australia (Erlangsen et al., 2021); España (Irigoyen. et al, 2019); EEUU (Ecker et al., 2019); Corea (An et al., 2019; Choi et al., 2019); Suecia (Fagerström et al., 2021; Hedna et al., 2020); Italia (Grande et al., 2022); Inglaterra (Mulholland et al., 2023); y Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Países Bajos, España, Suecia y Reino Unido (Holmstrand et al., 2021).

Al comparar el número de mujeres frente a hombres observamos que la distribución de ambos está equilibrada. De este modo, se encuentra mayoría de mujeres en los estudios con un porcentaje general del 58,9% de la muestra total. Sólo en el artículo de Ecker et al. (2019) la diferencia es muy significativa, con un 94,4% de hombres, debido a que es un estudio con población de veteranos militares y en este oficio la proporción de mujeres es mucho menor.

Con relación a las medidas de resultado, se ha evaluado tanto la ideación suicida como la tentativa y consecución del suicidio, al fin de observar cómo afectan sobre ellas diferentes variables (factores protectores y de riesgo), a través de diferentes métodos como entrevistas, pase de cuestionarios, test, escalas, autoinformes, etc.

Respecto a los *factores protectores* Erlangsen et al. (2021) encontraron resultados significativos en las variables de salud, tanto física como psicológica (ausencia de trastorno, tratamiento psicofarmacológico, registro hospitalario), mantener autonomía en cuanto a funcionamiento físico que permita realizar actividades diarias sin limitaciones y sin necesidad de ayuda. Irigoyen et al. (2019) coincide con este autor en señalar la buena adherencia al tratamiento farmacológico, en caso de existir, como un factor protector. En la misma línea Mulholland et al. (2023) ha señalado el presentar óptimos niveles de salud física como un importante factor protector respecto al suicidio, incluyendo la ausencia de efectos adversos derivados del consumo de medicación.

Tanto Erlangsen et al. (2021) como Mulholland et al. (2023) señalan el mantenimiento de buenos hábitos (higiene del sueño, no consumir alcohol, etc.) como un factor protector. Erlangsen et al. (2021), Fagerström et al. (2021) y Mulholland et al. (2023) remarcan vivir en comunidad, estar integrado y participar en ella; así como poseer redes sociales amplias, activas y de confianza, respecto a familiares y amigos como factores protectores.

Mulholland et al. (2023) recalcan además otros factores psicológicos como protectores siendo estos la empatía, presentar un locus de control interno y alta capacidad de autogestión a lo largo de la vida, la esperanza y la visión positiva del futuro. Además de las dimensiones de salud y sociales, este autor también indica como factor protector el estatus económico, referido a mantener niveles medios o altos sin sufrir precariedad. Estos resultados han sido secundados por Choi et al. (2019).

Por otra parte, los resultados obtenidos en el ECA desarrollado por Ecker et al. (2019) sugieren que la implementación de terapia psicológica reduce significativamente las conductas de tipo suicida cuando se compara con el tratamiento médico estándar (tratamiento farmacológico), durante los primeros 8 meses, momento a partir del cuál la utilización de éste último empieza a generar resultados significativos.

Con relación a los *factores de riesgo*, a nivel psicológico, la depresión es uno de los más frecuentes y cuyas manifestaciones difieren en mayor medida respecto a otros grupos de edad (de Souza et al., 2020; Holmstrand et al., 2021; Irigoyen et al., 2019; Fagerström et al., 2021). Además, la baja autoestima y la desesperanza incrementan el riesgo de suicidio al fomentar una visión negativa del futuro y de uno mismo (Choi et al., 2019; de Souza et al., 2020). Sentimientos de fracaso y frustración, apatía e infelicidad también contribuyen significativamente al desarrollo de pensamientos suicidas, así como experimentar hostilidad, estrés, culpa y sentimientos de cansancio ante la vida (Choi et al., 2019; de Souza et al., 2020; Fagerström et al., 2021).

Por otra parte, respecto a la dimensión de salud, la presencia de trastornos mentales aumenta el riesgo de conductas suicidas, especialmente los relacionados con personalidad

tipo B, trastornos del estado de ánimo y trastornos por uso de sustancias. La comorbilidad de estos trastornos aumenta aún más el riesgo (Grande et al., 2021; Irigoyen et al., 2019). La demencia, especialmente en sus etapas leves o moderadas, es un factor de riesgo significativo debido a la mayor conciencia de la condición por parte del individuo (Holmstrand et al., 2021). Es el caso, por ejemplo, de la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular (An et al., 2019). Presentar síntomas neuropsiquiátricos graves (como delirios, alucinaciones o disforia), excluyendo la euforia y alteraciones motoras y del sueño, está fuertemente asociado con la ideación suicida en personas con demencia (Holmstrand et al., 2021). Por último, en esta dimensión, la mala adherencia al tratamiento farmacológico puede llevar a empeoramiento clínico, recaídas y reintentos de suicidio (Irigoyen et al., 2019).

A su vez, con relación a la esfera social, la pérdida o ausencia de relaciones significativas son factores de riesgo destacados (de Souza et al., 2020; Hedna et al., 2020). Vivir solo, especialmente en aquellas situaciones en las que la persona necesita apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria, puede aumentar la ideación suicida, sobre todo en hombres (de Souza et al. 2020; Grande et al., 2021; Holmstrand et al., 2021). Mulholland et al. (2023) señala que no estar integrado en la comunidad, ni realizar actividades grupales, ejerce como factor de riesgo.

Por otro lado, a nivel sociodemográfico y económico, ser soltero, divorciado o viudo aumenta el riesgo de suicidio (de Souza et al. 2020). Los hombres y las personas de 60 años o más, tienen, a su vez, un mayor riesgo de cometer este tipo de conductas (Grande et al., 2021; Fagerström et al., 2021; y Choi et al., 2019). También las potencia el desempleo (An et al., 2019; Choi et al., 2019); poseer niveles de estudio más bajos, especialmente entre los hombres (Grande et al., 2021); presentar problemas económicos y pobreza (Choi et al., 2019 y de Souza et al., 2020); y sufrir violencia intrafamiliar (De Souza et al., 2020).

Finalmente, a nivel conductual, un intento previo de suicidio es un potente predictor de futuros intentos, especialmente en los primeros seis meses después del primer intento (Irigoyen et al., 2019).

Para facilitar la comprensión de los factores estos quedan recopilados en la tabla 2 según su tipología.

**Tabla 2**

**Tabla resumen factores de riesgo y protección**

Factores	Psicológicos	Salud física	Sociodemográficos y económicos	Sociales
<b>Protección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Empatía</li> <li>-Locus de control interno</li> <li>-Capacidad de autogestión</li> <li>-Esperanza</li> <li>-Visión positiva del futuro</li> <li>-Bienestar emocional</li> <li>-Ausencia de trastornos</li> <li>-Autoestima</li> <li>-Satisfacción percibida</li> <li>-Terapia psicológica</li> <li>-Estilo de apego seguro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Salud general excelente o buena</li> <li>-Funcionamiento físico sin dificultades</li> <li>-Nivel de visión buena</li> <li>-Nivel de memoria excelente o buena</li> <li>-Actividad física (7 o más sesiones semanales)</li> <li>-No fumar</li> <li>-No consumo de alcohol</li> <li>-Buena adherencia al tratamiento farmacológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No vivir solo</li> <li>-Buen nivel económico</li> <li>-Educación secundaria o superior</li> <li>-Estado civil casado/en pareja</li> <li>-Residencia en zona urbana</li> <li>-Empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vivir en comunidad</li> <li>-Tener redes sociales amplias, activas y de confianza</li> <li>-Mantener buena relación y contacto familiar</li> <li>-Participar en actividades grupales, sociales y/o comunitarias</li> <li>-Participar en reuniones religiosas</li> <li>-Autonomía (no depender de otros)</li> </ul>
<b>Riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad) u otros trastornos psicológicos</li> <li>-Comorbilidad de trastornos</li> <li>-Síntomas psicóticos</li> <li>-Baja autoestima</li> <li>-Infelicidad</li> <li>-Incapacidad para expresar sentimientos y pedir ayuda</li> <li>-Culpa</li> <li>-Anhedonia, apatía y baja motivación</li> <li>-Hostilidad</li> <li>-Desesperación</li> <li>-Frustración, sentimientos de fracaso y bajo sentimiento de logro</li> <li>-Tristeza</li> <li>-Agitación/agresividad</li> <li>-Desinhibición</li> <li>-Irritabilidad Inestabilidad</li> <li>-Alteraciones del sueño</li> <li>-Visión negativa de uno mismo y su etapa vital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentar enfermedades</li> <li>-Funcionamiento físico limitado</li> <li>-Alteraciones sensoriales</li> <li>-Problemas de memoria</li> <li>-Malos hábitos (alimentación, fumar, higiene del sueño)</li> <li>-Sobrepeso</li> <li>-No adherencia farmacológica</li> <li>-Presentar trastorno neurocognitivo</li> <li>-Autonegligencias</li> <li>-Necesidad de ayuda para actividades de la vida diaria</li> <li>-Historia previa de hospitalizaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser hombre</li> <li>-Edad avanzada</li> <li>-Estado civil (viudo, soltero, divorciado)</li> <li>-Problemas financieros</li> <li>-Nacionalidad</li> <li>-Bajo nivel educativo</li> <li>-Estar desempleado</li> <li>-Alojamiento en centro de atención residencial con malas condiciones y tratos</li> <li>-Jubilación</li> <li>-Vivir en zonas rurales</li> <li>-Trabajos no cualificado</li> <li>-Desempleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Redes sociales escasas y/o de bajo nivel de intimidad</li> <li>-Pérdida de relaciones significativas</li> <li>-Violencia intrafamiliar</li> <li>-Baja participación en actividades sociales, grupales y/o comunitarias</li> <li>-Depender de otras personas</li> <li>-No participación en reuniones religiosas</li> <li>-Aislamiento social</li> <li>-Baja relación familiar</li> <li>-Vivir en residencias con malas condiciones</li> </ul>

### Evaluación del Riesgo de Sesgos

Se ha analizado el riesgo de sesgo de cada artículo, siguiendo las indicaciones del Programa de Lectura Crítica (CASPe; Cabello, 2015), y se ha trasladado los resultados de dicha evaluación a la Tabla 3. La mayoría de los artículos presentan la pregunta de investigación, una muestra poblacional y unos resultados correctamente definidos y medidos. Sin embargo, en algunos casos no queda especificado en los trabajos si éstos han tenido en cuenta el potencial efecto de factores de confusión que puedan afectar a los resultados. No obstante, todos los artículos cuentan con un nivel de riesgo de sesgo bajo, salvo dos, que presentan niveles medios, encontrándose todos ellos entre los parámetros aceptados.

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

Autor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Evaluación del riesgo de sesgo
De Souza et al. (2020).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Erlangsen et al. (2021).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Holmstrand et al. (2021).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Irigoyen et al. (2019).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Jacob et al. (2020).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Ecker et al. (2019).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Medio
An et al. (2019).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Fagerström et al. (2021).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Medio
Choi et al. (2019).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Grande et al. (2022).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo
Hedna et al. (2020).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Bajo

*Nota 1:* Significado de colores.

■ (Sí). ■ No disponible/especificado ■ (No).

*Nota 2:* De Souza et al. (2020), Hedna et al. (2020) Casos y Controles; Ecker et al. (2019). ECA; resto de artículos Cohortes. Las preguntas para evaluar el riesgo de sesgo según la tipología de estudio se encuentran especificadas en la tabla 2 de Anexos.

### Discusión

A través de esta revisión sistemática se ha tratado de cumplir el objetivo de evaluar y compilar la evidencia científica hallada en los últimos 5 años, relativa a los factores de riesgo y protectores que intervienen y modulan la conducta suicida (tanto ideación como

tentativa y consecución) en la vejez. Lo que se considera de utilidad para diseñar e implementar políticas e intervenciones preventivas eficaces y eficientes, que permitan reducir los altos niveles de mortalidad debido a esta problemática.

Cuando se compara el objeto de los estudios realizados sobre estos factores hallamos que la gran mayoría versan sobre los de riesgo, pasando así los protectores a un segundo plano. Este hecho resulta relevante, ya que ambos tipos de factores afectan al suicidio y deben ser tratados con la misma relevancia en el diseño de intervenciones que se ajusten a esta población.

Con relación a estos, se han encontrado cuatro subcategorías dentro de cada tipo de factor, ya sea de riesgo o protector. Siendo éstas: salud física; salud y factores psicológicos; sociodemográficos y económicos; y por último, sociales y relacionales. En ellos destacan como factores más significativos en el apartado de riesgo: ser hombre soltero, divorciado o viudo con bajo nivel de ingresos (Choi et al., 2019; de Souza et al., 2020; Grande et al., 2021; Fagerström et al., 2021); presentar alteraciones o limitaciones en la salud física (An et al., 2019; Grande et al., 2021; Holmstrand et al., 2021; Irigoyen et al., 2019); padecer trastornos psicológicos especialmente depresión y/o trastornos de la personalidad tipo B (de Souza et al., 2020; Grande et al., 2021; Holmstrand et al., 2021; Irigoyen et al., 2019; Fagerström et al., 2021); y la pérdida o ausencia de relaciones significativas (de Souza et al., 2020; Hedna et al., 2020). Por su parte, destacan como factores protectores: presentar niveles de economía medios o altos (Mulholland et al., 2023; Choi et al., 2019); mantener una buena salud física sin limitaciones y con autonomía (Erlangsen et al., 2021; Mulholland et al., 2023); mantener locus de control interno, alta capacidad de autogestión de los problemas y ausencia de trastornos mentales (Mulholland et al., 2023); y, por último, ser parte integrada de la comunidad y tener redes sociales significativas (Erlangsen et al., 2021; Fagerström et al., 2021; Mulholland et al., 2023).

De acuerdo con lo relatado anteriormente, las intervenciones sobre el suicidio en la vejez deberían tener estos factores en cuenta a la hora de su diseño e implementación. Por una parte, las intervenciones primarias, de tipo preventivo, tendrían que estar centradas en

la actuación frente a los potenciales factores de riesgo, antes de que éstos puedan causar las conductas suicidas. Ellas deberían estar focalizadas en la población general, a fin de reducir los estigmas y prejuicios relativos a la vejez, que hacen que esta etapa vital sea valorada negativamente, debido a la reducción y pérdida de funciones que supone, así como su cercanía con la muerte. Por otra parte, las intervenciones secundarias tendrían como foco de actuación aquellos ancianos en los que no se ha podido evitar la presencia de factores de riesgo, tratando de actuar ante éstos de forma temprana, minimizando o impidiendo sus potenciales efectos. De igual forma, tanto en las intervenciones primarias como en las secundarias deberían tenerse en cuenta los factores protectores, puesto que potenciarán y facilitarán la obtención de resultados favorables, permitiendo la consecución de un envejecimiento sano y exitoso; además de hacer hincapié en el papel del resto de la sociedad, para evitar la soledad no deseada, promoviendo la participación social.

Con frecuencia cuando existen factores de riesgo relacionados con la salud mental, la principal vía de tratamiento es de corte médico, a través de psicofármacos, obviando los beneficios que según la evidencia podría acarrear la implementación de técnicas psicológicas en combinación con la primera (Conwell et al., 2002; Heisel y Duberstein, 2005). Ya que, si bien hemos encontrado que el consumo de fármacos antidepresivos actúan como un factor protector en personas mayores (Hedna et al., 2020), otros estudios señalan que consumir tanto este tipo de medicación como ansiolíticos aumenta el riesgo tanto de autolesiones deliberadas como de suicidio (Erlangsen et al., 2021; Holmstrand et al., 2021). Ello puede deberse a que el consumo de fármacos no pueda considerarse de forma aislada como un factor de riesgo o de protección, sino como un catalizador que incline la balanza hacia conductas suicidas o no, en función de otros factores. Es decir, si una persona posee óptimos niveles de salud física, económicos, estrechas redes sociales, mantiene buenos hábitos y combina la medicación con psicoterapia, la ingesta de este tratamiento puede proteger a la persona ante conductas suicidas, mientras que si ésta carece de apoyo social, goza de mala de salud y hábitos, bajo estatus económico y no posee estrategias psicológicas para enfrentarse a sus problemas, los antidepresivos pueden

augmentar este tipo de conductas teniendo en cuenta que al principio de su consumo tienen como principal efecto adverso el empeoramiento temporal de los síntomas depresivos (Irigoyen et al., 2019). Incluyendo, además, la potencial presencia de efectos adversos derivados del consumo de medicación, ya que nos encontramos ante una población en la que la ingesta de fármacos es mucho más habitual y necesaria respecto a otras franjas de edad. Por todo ello, se concluye en este sentido que la mejor vía de intervención ante esta problemática y tipo de población debería aunar los psicofármacos y la terapia psicológica, puesto que las intervenciones combinadas evidencian mejores resultados (Ecker et al., 2019). Sin embargo, esto dista mucho de la realidad actual ya que en el presente existe un acceso considerablemente limitado a la psicología desde el punto de vista de la salud pública, relativo a listas de espera extensas, excesiva cantidad de tiempo entre sesiones, además de la corta duración de cada cita que no permite abordar eficazmente esta problemática, pero que aun así resulta la única vía posible para muchos adultos mayores que, con sus pensiones, no pueden permitirse acudir a un psicólogo privado.

Durante la realización de este trabajo nos hemos encontrado con diferentes limitaciones. En primer lugar, con relación a las limitaciones propias de los artículos, la mayoría de los estudios se centraban en los factores de riesgo, relegando a un rol marginal a los protectores. De hecho, la mayoría de los artículos hallados que versaban sobre factores protectores fueron descartados porque eran diseños transversales, y no cumplían, por ende, con los criterios de inclusión. En este sentido, se observa la necesidad de obtener resultados más fiables, que permitan mejores intervenciones, se debería optar por llevar a cabo estudios cuyo diseño contase con mayor nivel de evidencia, como ECA, estudios de Cohortes, y/o de casos y controles. Y, finalmente, en algunos artículos no se han tenido en cuenta, a fin de poder reducir su efecto, determinados sesgos o variables extrañas que interfieran en los resultados, tal y cómo se especifica en la tabla de sesgos. Sin embargo, se considera que ello no limita la fiabilidad, credibilidad y generalizabilidad de las conclusiones de este trabajo, puesto que, al analizar dichos sesgos, según los criterios del Programa de

Lectura Crítica, CASPe (Cabello, 2015), éstos se sitúan entre bajo y medio, encontrándose, por ende, entre los parámetros aceptados.

Finalmente, otra limitación de los estudios fue que sus hallazgos no iban acompañados de intervenciones que pusieran a prueba éstos, salvo en uno de los artículos evaluados, siendo éste el de Ecker et al. (2019).

Por otra parte, con relación a las limitaciones propias de nuestro trabajo, no hemos podido tener acceso a algunos artículos que cumplieran los criterios de inclusión de la presente revisión, ya que requerían subscripción de pago. Otra posible limitación pudo ser no añadir más bases de datos para la búsqueda de artículos científicos. Por último, la estrategia de búsqueda contemplaba etiquetas generales, no específicas relativas a los factores protectores y de riesgo. En este sentido, de cara a futuras revisiones convendría utilizar dicha terminología específica a fin de poder aumentar la sensibilidad.

A raíz de todo lo anteriormente expuesto, consideramos que un programa de intervención del suicidio en ancianos que resulte eficaz debería tratar en primer lugar de desestigmatizar y desmitificar los problemas asociados a la vejez, para de esta forma, disminuir la presencia de estos factores de riesgo. Sin embargo, en aquellos casos en los que no se ha podido evitar la aparición de éstos, la intervención debería partir de una buena evaluación y detección de potenciales casos de riesgo, a través de la capacitación de todos los profesionales que integran los servicios de salud para el reconocimiento de señales de alarma que activen estas intervenciones. Estudiando con una mayor profundidad los cuatro subgrupos de factores protectores y de riesgo, se podrán diseñar intervenciones específicas que permitan hacer frente a los primeros y potenciar a los segundos, de estar presentes. Todo ello a través de técnicas tanto individuales como comunitarias y sociales.

## Referencias Bibliográficas

- An, J. H., Lee, K. E., Jeon, H. J., Son, S. J., Kim, S. Y., & Hong, J. P. (2019). Risk of suicide and accidental deaths among elderly patients with cognitive impairment. *Alzheimer's research & therapy*, 11, 1-8.
- Arean, P. A., Hegel, M. T., Vannoy, S. M., Fan, M. Y., & Unützer, J. (2008). Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: Results from the IMPACT project. *The Gerontologist*, 48(3), 311-323.
- Aviad, Y., y Cohen-Louck, K. (2021). Locus de Control y Propósito en la Vida como Factores Protectores contra el Riesgo de Suicidio en Adultos Mayores. *Smith College Studies in Social Work*, 91(4), 295-308. <https://doi.org/10.1080/00377317.2021.1968323>
- Banco Mundial (2021). Población de 65 años de edad y más (% del total). *Indicadores de Desarrollo Mundial*, World Bank Group.  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Betz, M. E., Arias, S. A., Segal, D. L., Miller, I., Camargo Jr, C. A., & Boudreaux, E. D. (2016). Screening for suicidal thoughts and behaviors in older adults in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), e72-e77.
- Brown, G. K., & Jager-Hyman, S. (2014). *Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Application for Outpatient Settings*.
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. Guilford Publications.
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1), e0220857.

- Chattun, M. R., Amdanee, N., Zhang, X., & Yao, Z. (2022). Suicidality in the geriatric population. *Asian journal of psychiatry*, 75, 103213.
- Choi, J. W., Kim, T. H., Shin, J., & Han, E. (2019). Poverty and suicide risk in older adults: A retrospective longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1565-1571. <https://doi.org/10.1002/gps.5166>
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological psychiatry*, 52(3), 193-204
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356.
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics*, 34(2), 451-468.
- de Oca Valdez, L. A. M., & Medina, D. A. R. (2019). Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y salud*, 29(2), 187-194.
- Deuter, K., Procter, N., Evans, D., & Jaworski, K. (2016). Suicide in older people: revisioning new approaches. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 144-150.
- de Sousa, G. S., Perrelli, J. G. A., de Oliveira Manguiera, S., de Oliveira Lopes, M. V., & Sougey, E. B. (2020). Clinical validation of the nursing diagnosis risk for suicide in the older adults. *Archives of psychiatric nursing*, 34(2), 21-28.
- Ecker, A. H., Johnson, A. L., Sansgiry, S., Fletcher, T. L., Hundt, N., Petersen, N. J., Sweeney, A. C; Maison, A. D; York-Ward, K. M; Kauth, M. R; Kunik M. E; & Cully, J. A. (2019). Brief cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in veterans with chronic illnesses. *General hospital psychiatry*, 58, 27-32.

Erlangsen, A., Banks, E., Joshy, G., Calear, A. L., Welsh, J., Batterham, P. J., Conwell, Y., & Salvador-Carulla, L. (2021). Physical, mental, and social wellbeing and their association with death by suicide and self-harm in older adults: A community-based cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 36*(5), 647-655.

<https://doi.org/10.1002/gps.5466>

Fagerström, C., Welmer, A. K., Elmståhl, S., & Tuvesson, H. (2021). Life weariness, suicidal thoughts and mortality: A sixteen-year longitudinal study among men and women older than 60 years. *BMC Public Health, 21*(1), 1-13.

<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11329-z>

Grande, E., Vichi, M., Alicandro, G., Marchetti, S., Frova, L., & Pompili, M. (2022). Suicide mortality among the elderly population in Italy: A nationwide cohort study on gender differences in sociodemographic risk factors, method of suicide, and associated comorbidity. *International journal of geriatric psychiatry, 37*(6).

Hedna, K., Hensing, G., Skoog, I., Fastbom, J., & Waern, M. (2020). Sociodemographic and gender determinants of late-life suicide in users and non-users of antidepressants. *European journal of public health, 30*(5), 958-964.

Heisel, M. J., & Duberstein, P. R. (2005). Suicide Prevention in Older Adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(3), 242.

Holmstrand, C., Rahm Hallberg, I., Saks, K., Leino-Kilpi, H., Renom Guiteras, A., Verbeek, H., Zabalegui, A., Sutcliffe, C., & Lethin, C. (2021). Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries. *Aging & Mental Health, 25*(9), 1730-1739.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1793907>

Huelbes Palencia, C. (2024). Efectos Psicológicos del Edadismo en Personas Mayores. Una Revisión Sistemática.

Innamorati, M., Pompili, M., Di Vittorio, C., Baratta, S., Masotti, V., Badaracco, A., Conwell, Y., Girardi, P., & Amore, M. (2014). Suicide in the old elderly: Results from one Italian county. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1158–1167.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.003>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)*. Institute for Health Metrics and Evaluation.

<https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Estadística de defunciones según Causa de Muerte, año 2022*. INE, Madrid. [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2022\\_d.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf)

Irigoyen, M., Porrás-Segovia, A., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S., & Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: a survival analysis. *Journal of affective disorders*, 247, 20-28.

Kim, H., Ahn, J. S., Kim, H., Cha, Y. S., Lee, J., Kim, M. H., & Min, S. (2018).

Sociodemographic and clinical characteristics of old-old suicide attempters compared with young-old and middle-aged attempters. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(12), 1717-1726.

Ko, Y., Han, S. Y., & Jang, H. (2021). Factors Influencing Suicidal Ideation and Attempts among Older Korean Adults: Focusing on Age Discrimination and Neglect. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1852.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18041852>

Mulholland, H., Whittington, R., Lane, S., Haines-Delmont, A., Nathan, R., Saini, P., ... & Corcoran, R. (2023). Longitudinal investigation of the presence of different trajectories and associated health and socio-economic determinants, for participants who report suicidal ideation within a community-based public health survey. *BMJ open*, 13(5), e063699.

- Murphy, E., Kapur, N., Webb, R., Purandare, N., Hawton, K., Bergen, H., Waters, K., & Cooper, J. (2012). Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 399-404.
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de junio). *Suicidio*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de junio). *Una de cada 100 muertes es por suicidio* [Comunicado de prensa].  
<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 1 de octubre). *Envejecimiento y Salud*.  
Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%202050%2C%20la%20poblaci%C3%B3n%20mundial,hasta%20alcanzar%20los%20426%20millones>.
- Reynolds, C. F., et al. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 202-208.
- Szanto, K., Mulsant, B. H., Houck, P., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2003). Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(6), 610-617.
- Van Orden, K., & Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions. *Current opinion in psychology*, 22, 79-83.

**Anexos**

**Tabla 1**

***Estrategia de Búsqueda***

Número de línea	Términos
S1	MH (aged OR Aging OR "Aged, 80 and over") OR TI (elderly OR older OR "old people" OR senior OR "older adults" OR "older people" OR Aging OR "Aged, 80 and over") OR AB (elderly OR older OR "old people" OR senior OR "older adults" OR "older people" OR Aging OR "Aged, 80 and over")
S2	MH ("Protective Factors" OR "Risk Factors") OR TI ("protective factors" OR "risk factors" OR "associated factors") OR AB (("protective factors" OR "risk factors" OR "associated factors")
S3	MH ("Suicide") OR TI (Suicide OR "suicide attempt" OR "suicide prevention" OR "suicid* ideation" OR "Suicidal thoughts" OR "Suicidal behav*") OR AB ((Suicide OR "suicide attempt" OR "suicide prevention" OR "suicid* ideation" OR "Suicidal thoughts" OR "Suicidal behav*")
S4	LA (ENGLISH OR SPANISH)
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4

**Tabla 2**

***Criterios del Programa de Lectura Crítica, CASPe (Cabello, 2015)***

<b>Casos y controles</b>	1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido? 2 ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta? 3 ¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable? 4 ¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable? 5 ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos? 6 A. ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores? B. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis? 7 ¿Cuáles son los resultados de este estudio? 8 ¿Cuál es la precisión de los resultados? ¿Cuál es la precisión de la estimación del riesgo? 9 ¿Te crees los resultados? 10 ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio? 11 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?
--------------------------	--

---

**Ensayo clínico  
aleatorizado (ECA)**

- 1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?
- 2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?
- 3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?
- 4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?
- 5 ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?
- 6 ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?
- 7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?
- 8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?
- 9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?
- 10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?
- 11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?

---

**Cohortes**

- 1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?
  - 2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?
  - 3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?
  - 4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?
  - 5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?
  - 6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?
  - 7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?
  - 8 ¿Te parecen creíbles los resultados?
  - 9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?
  - 10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?
  - 11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?
-

**Tabla 3**

**Información de los artículos incluidos**

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
de Souza et al., 2020	Validar clínicamente los factores de riesgo, para una mejor identificación y diagnóstico de ideación y conducta suicida por parte de personal sanitario (enfermería)	Casos y controles	Bloque 1 o nivel distal (variables relacionadas con acontecimientos vitales y aspectos comportamentales del individuo): abuso de sustancias, antecedentes de violencia durante la infancia, agitación, ansiedad, jubilación, conflictos familiares, culpa, impotencia, deshonra, divorcio, enfermedad física, enfermedad terminal, dolor crónico, visitas frecuentes al médico con síntomas vagos, hostilidad, incapacidad para pedir ayuda, incapacidad para expresar sentimientos, vivir soledad, pérdida de una relación significativa, privaciones sociales, problemas financieros, problemas visuales, rigidez de comportamiento,	Ideación y tentativa suicida.	<p><b>Factores de riesgo socioeconómicos y demográficos:</b> - Vulnerabilidad significativa: 1. Edad: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=1; IC (0.34; 3.11). 2. Estado civil: <math>p = 0.013</math>; OR=4.21; IC (1.32; 16.1). 3. Religión (0.008) <math>p</math>; OR: 5.37; IC (1.38; 21.28). 4. Participación en actividades: <math>p = 0.013</math>; OR=3.78; IC (1.27; 11.96). 5. Participación en actividades grupales: <math>p = 0.045</math>; OR=7.9; IC (1.13; 344.65).</p> <p><b>Nivel 1 (bloque distal):</b> 1. Culpa: <math>p = 0.007</math>; OR=4.26; IC (1.39; 13.37). 2. Hostilidad: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=8.88; IC (2.65; 31.68). 3. Incapacidad para expresar sentimientos: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=7; IC (2.16; 27.09). 4. Incapacidad para pedir ayuda : <math>p = 0.045</math>; OR=3.14; IC (1.03; 10.89). 5. Divorcio: <math>p = 0.044</math>; OR=3.31; IC (0.99; 10.85). 6. Sufrir pérdida de relaciones significativas: <math>p = 0.006</math>; OR=4.39; IC (1.46; 14.49). 7. Padecer problemas financieros : <math>p = 0.027</math>; OR=3.3; IC (1.11; 10.13). 8. Sufrir violencia intrafamiliar: <math>p = 0.038</math>; OR=4.84; IC (0.99; 23.8).</p> <p><b>Nivel 2 (Factores asociados a procesos psicológicos):</b> 1. Apatía: <math>p &lt; 0.001</math>; OR= 10.98; IC</p>	<p>Se encontró una relación significativa en 28 de los 52 factores de riesgo asociados al suicidio. Estos factores son:</p> <p><b>0. Características socioeconómicas, demográficas, y sociales (3 Factores):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado civil (soltero, divorciado o viudo)</li> <li>- Religión (profesar una fe)</li> <li>- Participar en actividades grupales</li> </ul> <p><b>1. Nivel 1: Acontecimientos de la vida y aspectos conductuales (8 factores):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Culpa</li> <li>- Hostilidad</li> <li>- Incapacidad para expresar sentimientos</li> <li>- Incapacidad para pedir ayuda</li> <li>- Divorcio</li> <li>- Pérdida de relaciones significativas</li> <li>- Problemas financieros</li> </ul>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
			<p>violencia financiera/física/psicológica/intrafamiliar y viudez. Bloque 2 o nivel intermedio (variables de complejidad psicológica procesos que forman la ideación suicida): apatía, insuficiencia social apoyo, baja autoestima, baja autonomía, dependencia funcional, desesperanza, devaluación social, fracaso, frustración, infelicidad, incapacidad funcional, aislamiento social, hacer testamento, mal reparado duelo, cambio acentuado de actitud y comportamiento, soledad y tristeza. Bloque 3 o nivel proximal (variables que incorporan la transformación de la ideación en el intento de suicidio): autonegligencia, acopio medicación, depresión, descuido con la</p>		<p>(3.15; 49.66). 2. Baja autoestima: <math>p=0.001</math>; <math>OR=5.8</math>; <math>IC(1.86; 20.43)</math>. 3. Desesperación: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=18.55</math>; <math>IC(4.74; 108.51)</math>. 4. Sentimientos de fracaso (failure): <math>p=0.01</math>; <math>OR=5.45</math>; <math>IC(1.79; 17.68)</math>. 5. Frustración: <math>p=0.002</math>; <math>OR=5.48</math>; <math>IC(1.77; 19.28)</math>. 6. Infelicidad: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=16.16</math>; <math>IC(4.52; 74.74)</math>. 7. Aislamiento social: <math>p=0.001</math>; <math>OR=5.45</math>; <math>IC(1.79; 17.68)</math>. 8. Cambios repentinos de actitud y comportamiento: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=9.55</math>; <math>IC(2.91; 33.63)</math>. 9. Tristeza: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=33.25</math>; <math>IC(4.85; 1432.38)</math>. 10. Dependencia funcional (<math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=NO</math> INDICADO.; <math>IC(NO</math> INDICADO)) 11. Incapacidad Funcional: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR</math> y <math>IC</math> no especificados.</p> <p><b>Nivel 3: Factores relacionados con transformación de ideación en tentativa:</b> 1. Autonegligencia: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=101</math>; <math>IC(12.64; 4625.09)</math> 2. almacenamiento/acumulación de fármacos: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=NO</math> INDICADO; <math>IC: NO</math> INDICADO. 3. Depresión: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=13.09</math>; <math>IC(3.86; 48.2)</math>. 4. Comunicar ideación suicida: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR</math> Y <math>IC= NO</math> INDICADOS. 5. Planificación suicida: <math>ip: &lt;0.001</math>; <math>OR=76.22</math>; <math>IC(16.34; 487.21)</math>.</p>	<p>- Violencia intrafamiliar</p> <p><b>2. Nivel 2: Procesos psicológicos (11 factores):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apatía</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Desesperación</li> <li>- Sensación/sentimientos de fracaso</li> <li>- Frustración</li> <li>- Infelicidad</li> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Cambios de actitud y comportamiento</li> <li>- Tristeza</li> <li>- Dependencia funcional</li> <li>- Incapacidad funcional</li> </ul> <p><b>3. Nivel 3: Transformación de ideación en intento (6 factores):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto negligencia</li> <li>- Almacenamiento de fármacos</li> <li>- Síntomas depresivos</li> <li>- Ideación suicida</li> <li>- Planificación suicida</li> <li>- Presencia de trastornos mentales</li> </ul>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
			medicación, ideación suicida, plan suicida, recuperación repentina de un caso de depresión profunda y trastorno psiquiátrico.			
Erlangsen et al., 2021	Evaluar asociaciones entre bienestar físico, social y mental con el suicidio y las autolesiones en una muestra comunitaria de adultos mayores	Cohortes	Factores de riesgo: 1. Salud física (Salud general; limitaciones físicas para realizar funciones diarias; necesidad de ayuda para realizar ABVD, alteraciones percepción (agudeza visual; auditiva); problemas dentales y de encías; problemas cognitivos (memoria); incontinencia urinaria; problemas de erección; nivel de actividad física semanal; Índice de Masa Corporal; hábitos de sueño; fumar; consumir alcohol). 2. Salud psicológica (síntomas y Trastornos psicológicos, como estrés, depresión, ansiedad, autoestima, alteraciones	Autolesión deliberada (DSH); Y suicidio.	<b>A. Relación entre conducta suicida y salud física:</b> 1. Salud general: - Regular: SUICIDIO: IRR: 2.8; IC (1.81; 4.41)**. AUTOLESIÓN: IRR: 2.4; IC (1.70; 3.35).** - Mala: SUICIDIO: IRR: 2; IC (0.93; 7.12). AUTOLESIÓN: IRR: 2.90; IC (1.46; 5.75).* 2. Funcionamiento físico: - "Un poco limitado" (Algunas limitaciones en, al menos 2 actividades): SUICIDIO: IRR:1.4; IC (0.79; 2.39). AUTOLESIÓN: IRR=2; IC (1.29; 3.19). * - "Muy limitado" (muchas limitaciones en, al menos, 2 AVD): SUICIDIO: IRR=2; IC (1.13; 3.58).* AUTOLESIÓN: IRR=2.6; IC (1.61; 4.09).** 3. Nivel de visión: - Regular: SUICIDIO: IRR=1.4; IC (0.86; 2.34). AUTOLESIÓN: IRR=1.64; IC (1.15; 2.33).* - Mala: SUICIDIO: IRR=2.1; IC (0.91; 4.93). AUTOLESIÓN: IRR=1.24; IC (0.58; 2.68). 4. Nivel de memoria: - Regular: SUICIDIO: IRR=1.9; IC (1.23; 2.94)*. AUTOLESIÓN: IRR=1.2; IC (0.87; 1.78). - Mala: SUICIDIO: IRR= 1.5; IC (0.55;	Los datos, cuando se comparan, evidencian mayores tasas de suicidio en: - Hombres. - Personas de 75 años o más. - Extranjeros (nacidos fuera de Australia o Nueva Zelanda). - Personas sin seguro médico privado. - Deterioro en la salud física. (También la dependencia). - Deterioro en salud mental (autoestima, Trastornos mentales, como depresión o ansiedad; alteraciones percepción de calidad de vida). - Deterioro en las relaciones interpersonales.  Se encontraron tasas más altas de autolesión deliberada (DSH) en: - Personas de 75 años o más. - No casadas. - Sin seguro médico privado.

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
			<p>emocionales; alteraciones en percepción de calidad de vida; sentimientos de fracaso, carga o pesadez; desgana o apatía).</p> <p>3. Bienestar social (Redes sociales; participar en actividades comunitarias, como reuniones o actos religiosos, depender de otros para la realización de actividades diarias).</p> <p>Factores protectores:</p> <p>1. Bienestar físico (salud general, funcionamiento físico, limitaciones para realizar actividades físicas vigorosas y moderadas; necesidad de ayuda para la realización de las Actividades Diarias de la Vida Cotidiana; nivel de capacidad de visión; nivel de capacidad auditiva; salud dental (dientes y encías); nivel de memoria; incontinencia</p>		<p>4.18). AUTOLESIÓN: IRR=2; IC (1.04; 3.80).* 5. Problemas de erección: - Sí: Suicidio: IRR=1.9; IC (0.74; 4.70); autolesión: IRR=2.8; IC (1.01; 7.67)* 6. Índice de Masa Corporal: - sobrepeso (<math>\geq 25</math>; <math>&lt; 30</math>): SUICIDIO: IRR=0.37; IC (0.17; 0.79)* AUTOLESIÓN: IRR= 0.39; IC (0.23; 0.69)* 7. Fumar: - Haber sido fumador en el pasado: SUICIDIO: IRR=1.14; IC (0.75; 1.75). AUTOLESIÓN: IRR=1.74; IC (1.27; 2.38)* - Ser fumador actualmente: SUICIDIO: IRR=2.36; IC (1.13; 4.93)* AUTOLESIÓN: IRR=1.87; IC (0.96; 3.65). Factor protector (No relacionados con suicidio): - Salud general: Excelente o buena (IRR: 1. ). - Funcionamiento físico: Ninguna dificultad o limitación: IRR: 1.0. - Nivel de visión buena: IRR: 1.0. - 4. Nivel de memoria: excelente o bueno: IRR=1.0. - Actividad física: 7 más sesiones semanales: IRR: 1.0. - No fumar: IRR=1.0. - Consumo de alcohol: NO: IRR=1.0.</p> <p><b>B. Relación entre suicidio y bienestar psicológico:</b></p> <p>1. Escala de Angustia psicológica de Kessler (k10): - 15-19: SUICIDIO: IRR=2.32; IC (1.31; 4.11)*, AUTOLESIÓN: IRR=2.32; IC (1.53; 3.53).** - <math>\geq 20</math>: IRR=5.04; IC (2.85; 8.92).** AUTOLESIÓN: IRR=2.90; IC</p>	<p><b>Factores de riesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento (no vivir en comunidad).</li> <li>- Niveles regulares o malos de salud general. También "mala salud percibida".</li> <li>- Niveles regulares o malos de salud física.</li> <li>- Problemas de visión.</li> <li>- Problemas cognitivos (memoria). (También demencia, en estados iniciales, donde la persona tiene problemas para aceptar el deterioro).</li> <li>- Problemas psicológicos ("angustia psicológica").</li> <li>- Baja calidad de vida percibida.</li> <li>- Padecer recientemente Trastorno Depresivo o ansioso.</li> <li>- Redes sociales reducidas y no activas. (Se incluye el tener contacto por teléfono).</li> <li>- Sentimientos de ser pesado o una carga. (Especialmente en hombres).</li> <li>- Problemas emocionales.</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Tabaquismo</li> </ul> <p><b>Factores protectores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener, e informar de buenos niveles de salud general.</li> </ul>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
			urinaria; problemas de erección (en hombres); nivel de actividad física diaria; Índice de Masa Corporal; hábitos de sueño; tabaquismo; y consumo de alcohol. 2. Bienestar mental/psicológico (calidad de vida; 4 sobre satisfacción de logro, relacionadas con la actividades que llevaban a cabo). 3. Bienestar social.		(1.75; 4.80)** 2. Haber sido diagnosticado por un médico de Trastorno Depresivo: - Suicidio: IRR: 3.17; IC (1.92; 5.21).** - Autolesión: IRR=4.26; IC (3.03; 5.98).** 3. Haber recibido tratamiento para la depresión en el último es: - Suicidio: IRR=2.62; IC (1.31; 5.24).* - Autolesión: IRR=5.72; IC (3.91; 8.36)** 4. Haber recibido diagnóstico médico de Ansiedad. - Suicidio: IRR=2.50; IC (1.35; 4.62)* - Autolesión: IRR=4.25; IC (2.94; 6.16)** 5. Haber recibido tratamiento para la ansiedad en el último mes: - Suicidio: IRR=3.14; IC (1.44; 6.82)* - Autolesión: IRR=3.87; IC (2.36; 6.34)** 6. Registro hospitalario por trastorno mental desde 2006: - Suicidio: IRR=1.34; IC (0.87; 2.06). - Autolesión: IRR=1.61; IC (1.17; 2.20).* 7. Registro hospitalario por comportamiento suicida desde 2006: - Suicidio: IRR=15.20; IC (6.17; 37.48)** - Autolesión: Sin datos. 8. Índice de Calidad de Vida: - Regular: Suicidio: IRR=3.21; IC (2.01; 5.14).** Autolesión: IRR=2.24; IC (1.54; 3.25).** - Malo: Suicidio: IRR=4.27; IC (1.70; 10.72)* AUTOLESIÓN: IRR=4.90; IC (2.69; 8.93). ** 9. Reducción de tiempo destinado a trabajo u otras actividades: - Suicidio: IRR=1.71; IC (0.94; 3.08). - Autolesión: IRR=1.90; IC (1.25; 2.88)* 10. Sentimientos de logro menores a los	(Excelente o bueno). - Participar en actividades comunitarias o sociales. - Poseer un buen estado de salud física. - Vivir en comunidad. - Satisfacción con la calidad de vida. (percibida). - Poseer redes sociales amplias y activas. (familiares y amigos). - Mayor integración social. - Participar en actividades que integren personas (Ej. Reuniones religiosas mensuales).

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					<p>que le hubiera gustado: - Suicidio: IRR=1.35; IC(0.87; 2.08). - Autolesiones : IRR=1.76; IC (1.29; 2.40).* 11.</p> <p>Realización de trabajo u otras actividades con un menor cuidado que de costumbre: - Suicidio: IRR=1.16; IC (0.60; 2.24). - Autolesión: IRR=1.95; IC (1.30; 2.91)*</p> <p><b>C. Relación entre suicidio y bienestar social:</b></p> <p>1. Participar en reuniones de carácter religioso o social: - ≤1 vez/semana: Suicidio: IRR=0.90; IC (0.50; 1.60). Autolesión: IRR= 0.50; IC ( 0.31; 0.81).* - &gt;1 VEZ /semana: Suicidio: IRR= 0.73; IC (0.46; 1.60). Autolesión: IRR=0.52; IC (0.37; 0.73).* 2. Hablar con personas por teléfono (semanalmente): - 2-4 veces: Suicidio: IRR=0.72; IC (0.43; 1.22). Autolesión: IRR=0.81; IC (0.53; 1.26). - ≥5 veces: Suicidio: IRR= 0.55; IC (0.32; 0.95)*. Autolesión: IRR=0.73; IC (0.48; 1.13). 3. Número de personas de las que se depende: - ≥5 Suicidio: IRR=0.50; IC (0.28; 0.89).* Autolesión: IRR=0.45; IC (0.29; 0.70).*</p>	
Holmstrand et al., 2021	Evaluar la aparición de ideación suicida y efectos	Cohortes	1. Presentar problemas cognitivos (Demencia). 2. Vivir en sus casas, con necesidad de apoyo se Servicios	Ideación y conducta suicida	Nacionalidad p=0.001; Se encuentra significativo el resultado de España (p=0.001; OR=0.278; IC (0.134; 0.579). Sufrir síntomas depresivos en la demencia (medido con cuestionario	En este estudio se evaluó la aparición, estabilidad y cambios en la ideación suicida a lo largo de tres meses. Los resultados fueron los siguientes:

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
	asociados en personas mayores con demencia que viven en sus hogares.		Sociales/Atención médica.		<p>CSDD): <math>p &lt; 0.001</math>; OR=1.149; IC (1.116; 1.182)</p> <p>- Alteraciones psicopatológicas. Ideas delirantes: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=2.691; IC (1.927; 3.760). (94 personas=57%) con ideación suicida "sí". 2. Alucinaciones: <math>p = 0.001</math>; OR=1.800; IC (1.283; 2.524); 69 personas (42%). 3. Agitación/agresividad: <math>p = &lt; 0.001</math>; OR=2.587; IC (1.815; 3.686), 116 personas (70%). 4. Depresión/disforia: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=4.803; IC (3.228; 7.145); 132 PERSONAS (80%). 5. Ansiedad: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=2.296; IC (1.637; 3.222), 104 personas (63%). 6. Apatía/indiferencia: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=2.678; IC (1.767; 4.058); 136 personas (82%). 7. Desehinibición: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=2.106; IC (1.500; 2.957); 71 personas (43%). 8. Irritabilidad/Inestabilidad: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=2.836; IC (2.001; 4.020); 111 personas (67%). 9. Alteraciones del sueño: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=2.057; IC (1.470; 2.878); 92 personas (57%). Consumo de fármacos: 1. Ansiolíticos: <math>p = 0.001</math>; OR=1.893; IC (1.318; 2.717); 53 personas (32%). 2. Fármacos para la demencia: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=3.056; IC (2.114; 4.419); 123 personas (74%).</p> <p>Análisis de regresión multivariado. 1. Nacionalidad: <math>p &lt; 0.001</math>; <math>R^2 = 0.284</math>. 2. Estadio de la demencia: <math>p = 0.008</math>; específicamente en la fase "moderada"</p>	<p>La mayoría de los participantes se mantuvo estable sin ideación suicida.</p> <p>En términos de proporciones, el grupo de personas con ideación suicida persistente o recientemente desarrollada fue similar al de aquellos que habían mejorado.</p> <p>Vivir con un cuidador informal o no, fue un factor significativo para mantener la ausencia de ideación suicida y para el desarrollo de nueva ideación suicida, respectivamente.</p> <p>Los síntomas depresivos estuvieron fuertemente relacionados con la ideación suicida persistente o incrementada, siendo un notable factor de riesgo.</p> <p>Se encontraron diferencias entre países en cuanto a la ideación suicida. Los medicamentos mejoran los síntomas neuropsiquiátricos.</p> <p>Tener una demencia de baja gravedad es un factor de riesgo. El uso de fármacos ansiolíticos es un predictor de suicidio en personas con demencia. Las personas con ideación</p>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					<p>(10-19 puntos): <math>p=0.043</math>; <math>OR=1.705</math>; <math>IC(1.017; 2.858)</math>. 3. Presencia de síntomas neuropsiquiátricos: (NPI): - Ideas delirantes: <math>p=0.004</math>; <math>OR=1.853</math>; <math>IC(1.215; 2.826)</math>. Depresión: <math>p&lt;0.001</math>; <math>OR=3.056</math>; <math>IC(1.885; 4.954)</math>. 4. Ingesta de medicación para la demencia: <math>p=0.003</math>; <math>OR=2.034</math>; <math>IC(1.266; 3.269)</math>. 5. Depresión (medida con el CSDD): <math>p&lt;.001</math>; <math>OR=1.121</math>; <math>IC(1.078; 1.165)</math>.</p>	<p>suicida presentaban síntomas neuropsiquiátricos graves, excepto euforia, alteraciones motoras y del sueño. La depresión es un fuerte factor de riesgo. La depresión y los síntomas depresivos en personas con demencia son un factor esencial para el riesgo de suicidio. Los síntomas depresivos, si están presentes, aumentan la probabilidad de que la ideación suicida se mantenga en el tiempo. Detectar a estas personas no solo ayuda a desarrollar tratamientos para ellas, sino también a brindar apoyo a sus cuidadores informales. En este estudio, el 26% de las personas con demencia alcanzó el umbral de 12 en la escala CSDD, y la puntuación total se asoció positivamente con la ideación suicida. Sin embargo, los ítems del NPI "depresión" y "agitación" tuvieron una mayor asociación con la ideación suicida. El estado moderado de demencia se asoció más fuertemente con la ideación suicida que el estado leve.</p>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
						Las etapas leves o tempranas de la demencia se han destacado anteriormente como un período de riesgo para el suicidio y la conducta suicida. En cuanto a la calidad de vida, este estudio no encontró una asociación entre la ideación suicida y la calidad de vida.
Irigoyen. et al, 2019	Identificar predictores de reintento de suicidio y su relación con el tratamiento psicofarmacológico y la adherencia al mismo; así como ayudar a los médicos y responsables de políticas sanitarias a desarrollar las mejores estrategias posibles	Cohortes	1. Factores predictores de de reintento de suicidio (Fact. De Riesgo).	Reintento de suicidio	- Presentar intentos previos de suicidio antes del basal del estudio: al menos 1 ( $p<0.05$ ; OR=2.56; IC (1.51; 4.36).; "2 intentos" ( $p<0.05$ ; OR=2.93; IC (1.32; 6.53); "≥3 intentos" ( $p<0.05$ ; OR=3.49; IC )1.82; 6.70). - (a más intentos, mayor riesgo de reintento): $p<0.05$ ; OR=1.70; IC (1.36; 2.12). - Presentar cualquier diagnóstico psiquiátrico ( $p<0.05$ ; OR=2.22; IC (1.03; 4.79). Especilamente: Trastorno de Personalidad Tipo B (Eje II): $P<0.05$ ; OR=4.36; IC (2.70; 7.06).; y Tratorno por Abuso de Sustancias (Eje I): $p<0.05$ ; OR=2.69; IC (1.56; 4.64).; y Comorbilidad de Trastonros del Eje I y Eje II: $p<0.05$ ; OR=4.21; IC /2.30; 7.69) Medicación y riesgo de suicidio: -antipsicóticos $p=0.014$ ; OR=1.78; IC (1.2; 2.85). -uso de antipsicóticos en personas con	Un intento previo de suicidio es el principal factor de riesgo para futuras conductas suicidas.  Tener un diagnóstico psiquiátrico afectó significativamente al tiempo de supervivencia ( $p<0.001$ ), encontrándose un mayor riesgo de reintento de suicidio en personas con Trastorno de Personalidad tipo B, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos por uso de sustancias y Trastornos comórbidos del eje I y II (especialmente Personalidad Tipo B + Trastorno del estado de ánimo/Trastorno por abuso de sustancias).  La mayoría de los participantes

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
	para la prevención secundaria de la conducta suicida.				<p>Trastorno Mental no Psicótico (<math>p &lt; 0.05</math>; <math>OR = 2.1</math>; <math>IC (1.13; 3.90)</math>)</p> <p>-combinación de 2 o más fármacos <math>p &lt; 0.05</math>; <math>OR = 1.80</math>; <math>IC (0.64; 5.01)</math></p> <p>Factor protector: Adherencia al tratamiento farmacológico pautado. <math>p &lt; 0.014</math>; <math>OR = 0.34</math>; <math>IC (0.15; 0.73)</math>.</p> <p>Modelo de regresión multivariante de COX:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presenta un Trastorno de la personalidad Tipo B (Eje II), diagnosticado: <math>p = 0.009</math>; <math>OR = 2.22</math>; <math>IC (1.22; 4.04)</math>; <math>SE (Error Estándar) = 0.306</math>.</li> <li>2. Adherencia al tratamiento: <math>p = 0.014</math>; <math>OR = 0.32</math>; <math>IC (0.13; 0.80)</math>; <math>SE = 0.466</math>.</li> <li>3. Presentar un intento previos de suicidio, anterior al intento base de estudio: <math>p = 0.038</math>; <math>OR = 1.28</math>; <math>IC (1.01; 1.61)</math>; <math>SE = 0.118</math></li> </ol>	<p>había visitado a su médico de cabecera poco antes del intento de suicidio inicial, y en menor medida a un psiquiatra.</p> <p>Un hallazgo notable es la prescripción de tratamiento antipsicótico a personas sin trastornos psicóticos, lo que indica una situación muy grave que no puede ser manejada solo con ansiolíticos o antidepresivos (ejemplo: TLP).</p> <p>La depresión está fuertemente vinculada con el suicidio, ya que la tasa de consumo de antidepresivos es significativamente mayor que la de casos de depresión diagnosticados en el estudio. La adherencia al tratamiento farmacológico es un potente factor protector. La mala adherencia es un factor de riesgo que produce empeoramiento del cuadro clínico, recaídas y reintentos de suicidio. También dificulta enfrenar el trastorno en el futuro, incluso si se sigue correctamente el tratamiento farmacológico.</p>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
Ecker et al., 2019	Evaluamos el efecto de la terapia cognitivo-conductual breve (bCBT) sobre la ideación suicida entre veteranos con enfermedades médicas que reciben tratamiento de salud mental en atención primaria.	ECA	1. Presentar problemas de Salud (Enfermedades médicas y/o crónicas (como insuficiencia cardíaca, o EPOC), comórbido con Trastornos de Salud Mental.	Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo bCBT (Intervención Breve de TCC): Menor ideación suicida tras 4 meses (<math>p=0.001</math>; <math>SE=0.39</math>; <math>OR=0.28</math>; <math>IC(-2.0; -0.5)</math>.</li> <li>- Grupo bCBT (Intervención Breve de TCC): Menor ideación suicida tras 8 meses (<math>p=0.006</math>; <math>SE=0.41</math>; <math>OR=0.32</math>; <math>IC(-2.0; -0.3)</math>.</li> <li>- Grupo EUC: Reducción en las altas tasas de suicidio a los 12 meses (<math>p=0.005</math>).</li> <li>- Diferencia total en el tiempo de bCBT vs EUC : bCBT &gt;reducción de ideación suicida (<math>p&lt;0.01</math>).</li> </ul>	<p>La bCBT en atención primaria reduce las tendencias suicidas entre veteranos con enfermedades médicas crónicas. La psicoterapia breve basada en evidencia tiene potencial de reducir significativamente la angustia y la ideación suicida durante un periodo de tiempo prolongado.</p> <p>En 4-8 meses las tasas de ideación suicida bajaron drásticamente en el grupo bCBT, pero no a los 12 meses. La TCC para depresión, ansiedad y otros trastornos es efectiva para reducir ideación suicida, el estudio sugiere ampliar esta terapia en entornos de salud mental no tradicionales, como en atención primaria.</p>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
An et al., 2019	Evaluar el riesgo de suicidio y muerte accidental a partir de un registro de casos clínicos de pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo	Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener deterioro cognitivo leve o demencia</li> <li>-Edad avanzada</li> <li>-Desempleo</li> <li>-Ser hombre</li> <li>-Bajos niveles educativos</li> <li>-Bajo rendimiento en actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos</li> </ul>	Muertes accidentales y muertes por suicidio.	<p>Características demográficas y clínicas Muerte por suicidio (MS) frente a Muerte accidental (MA):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sexo masculino <math>p &lt; 0.000</math> MA &gt; otros</li> <li>-Edad en el momento de registro <math>p = 0.000</math> MA personas más adultas &gt; MS personas más jóvenes</li> <li>-Educación <math>p = 0.048</math> MA &gt; MS menos años de educación</li> <li>-Puntuación Escala de Calificación de demencia clínica (CDR) <math>p = 0.004</math> MA mayor deterioro cognitivo &gt; MS tiene menos síntomas de deterioro</li> <li>-Puntuación Mini-Examen del Estado Mental Coreano (K-MMSE) <math>p = 0.009</math> Otros &gt; MA</li> <li>-Puntuación escala de Seúl-Instrumental de Actividades de Vida Diaria (S-IADL) <math>p &lt; 0.000</math> MA mayor deterioro cognitivo &gt; MS tiene menos síntomas de deterioro</li> <li>-Puntuación versión coreana del Inventario Neuropsiquiátrico (K-NPI) <math>p = 0.043</math> MA más trastornos neuropsiquiátricos &gt; otros</li> </ul> <p>TME para MS y MA según sexo, edad y tipo de deterioro cognitivo en el momento del registro (observada vs esperada):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<math>\geq 65</math> años MA (1,43 IC 95% 1.20 a 1.71)</li> <li>-Demencia Alzheimer MA (1,72 IC 95%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La naturaleza del suicidio en pacientes ancianos con deterioro cognitivo es diferente a la de ancianos sin deterioro.</li> <li>- La limitación cognitiva parece ser un obstáculo para elaborar un plan suicida. Por ello, este estudio demuestra que las personas con mayor muerte por suicidio son más jóvenes y muestran una mejor función cognitiva.</li> <li>- En personas con demencia y pacientes con cáncer más jóvenes y con una mayor percepción y frustración asociada al deterioro. Es por ello que aumenta el riesgo de muerte por suicidio.</li> <li>- A medida que la CDR aumenta, la muerte accidental aumenta. A mayor edad aumenta el riesgo de accidente por causa del deterioro funcional. El desempleo, presentar enfermedad de Alzheimer o demencia vascular también influyen en este aspecto, ya que afecta a esta misma área.</li> </ul>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					<p>1.36 a 2.14) -Demencia Vascular MA (2,14 IC 95% 1.27 a 3.38)</p> <p>Modelo univariado y multivariado para variables de MS y MA Demencia total: -Edad avanzada= MA (univariado OR 2,31 IC 95% (1,07–4,99) multivariado 2,21 IC 95% (1,04–4,68)) -Estar desempleado= MS (univariado OR 2,76 IC 95% (1,16–6,51) multivariado OR 3,71 IC 95% (1,54–8,95)) MA (univariado OR 2,06 (IC 1,19–3,59) multivariado OR 2,09 (IC 1,20–3,63)) -S-IADLa bajo rendimiento en Actividades de la vida diaria= MA (univariado OR 1,02 (IC 1,01–1,04) multivariado OR 1,06 ( IC 1,01–1,08)) --K-NPIAMS más trastornos neuropsiquiátricos=MA (univariado OR 1,01 (IC 1,00–1,02))</p> <p>Deterioro Cognitivo Leve: -Edad avanzada= MA (univariado 3,81 (1,02–12,74) multivariado 3,63 (1,12–11,79)) -Menos años de educación=MS (univariado 0,90 (0,82–0,99) multivariado 0,90 (0,81–0,99) MA (univariado 1,07 (1,01–1,13) multivariado 1,01 (1,00–1,13))</p>	

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					<p>-K-MMSEb estado mental bajo= MA (univariado 1,03 (1,00–1,15))</p> <p>-S-IADLa bajo rendimiento en Actividades de la vida diaria= MA (univariado 1,10 (1,02–1,14) multivariado 1,08 (1,03–1,12))</p> <p>-K-NPIA más trastornos neuropsiquiátricos= MA (univariado 1,01 (1,00–1,05) multivariado 1,02 (1,00–1,05))</p>	
Fagerström et al., 2021	Investigar el efecto del cansancio de la vida y los pensamientos suicidas sobre la supervivencia a largo plazo (16 años) en población adulta mayor, controlando factores demográficos, las redes sociales y la depresión. Además, ver	Cohortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Grupo de edad</li> <li>-Sexo</li> <li>-Estado civil</li> <li>-País de nacimiento</li> <li>-Nivel educativo</li> <li>-Vivienda</li> <li>-Nivel económico</li> <li>-Depresión</li> <li>-Apoyo en cuidados</li> <li>-Cansancio de la vida</li> <li>-Pensamiento suicida</li> <li>-Creencia religiosa</li> <li>-Sentirse solo</li> <li>-Bajo apoyo social</li> </ul>	Ideación suicida y suicidio	<p>HR cansancio vital/ pensamiento suicida ajustados por factores de control incluidos:</p> <p>-Cansancio de la vida y pensamiento suicida si= 1.44 (1,30-1,59) p&lt;0.001</p> <p>-Interacción sexo</p> <p>-Edad: Mujer 70-79 años: 3.86 (3,29-4,54) p&lt;0.001 Mujer mayor de 80 años: 11.21 (9,60-13.08) p&lt;0.001 Hombre 60-69 años: 1.77 (1,49-2,10) p&lt;0.001 Hombre 70-79 años: 7.42 (6,30-8,74) p&lt;0.001 Hombre mayores de 80 años: 17.79 (15,13-20,90) p&lt;0.001</p> <p>-Educación secundaria o educación superior: 1.13 (1,05-1,23) p=0.002</p> <p>-Estado civil: Viudo 1.34 (1,21-1,48) p&lt;0.001 Soltero 1.34 (1,18-1,54) p&lt;0.001 Divorciado 1.22 (1,07-1,40) p=0.003</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La interacción entre sexo y mayor edad aumenta el riesgo de muerte por suicidio.</li> <li>- El cansancio de vida y pensamientos suicidas se asoció a una mayor muerte, con un tiempo de supervivencia más corto (3,6 años) y una tasa de supervivencia menor (24.5% frente a 50.6%).</li> <li>- Los adultos mayores tienen riesgo de salud debido a la falta de recursos tanto internos como externos. Mejorar la identificación de cansancio de vida y pensamientos suicidas va a reducir el riesgo de mortalidad, especialmente en entornos comunitarios y de atención primaria.</li> <li>- El cansancio de la vida y los</li> </ul>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
	la relación entre sexo y edad con el suicidio en personas con y sin cansancio de la vida y pensamientos suicidas.				<p>-Alojamiento:Centro de atención residencial u otro 1.68 (1,41-2,00) p&lt;0.001</p> <p>-Capaz de acceder a 1400 euros en una semana 1.23 (1,11-1,36) &lt;0.001 -Pais de nacimiento:Otros países nórdicos 1.34 (1,10-1,63) p=0.003Otros países europeos 0.82 (0,68-0,99) p=0.043</p> <p>-Personas con las que poder hablar:4-9: 1.10 (0,99-1,22) p=0.087 0-3: 1.12 (1,01-1,25) p=0.040</p> <p>HR factores de control sin y con cansancio vital/pensamiento suicida</p> <p>Sin cansancio vital y pensamiento suicida:</p> <p>-Interacción sexo-edad:Mujer 70-79 años: 3.83 (3,22-4,55) p&lt;0.001Mujer mayor de 80 años: 11.27 (9,54-13.31) p&lt;0.001Hombre 60-69 años: 1.77 (1,47-2,12) p&lt;0.001Hombre 70-79 años: 7.25 (6,09-8,63) p&lt;0.001Hombre mayores de 80 años: 17.20 (14,47-20,45) p&lt;0.001</p> <p>-Educación secundaria o educación superior: 1.12 (1,02-1,22) p=0.013</p> <p>-Estado civil:Viudo 1.38 (1,24-1,54) p&lt;0.001Soltero 1.41 (1,22-1,63) p&lt;0.001Divorciado 1.21 (1,04-1,41) p=0.013 -Alojamiento:Centro de atención residencial u otro 1.53 (1,25-1,87) p&lt;0.001</p>	<p>pensamientos suicidas aumentaron con mayor edad. Mayor mortalidad en personas con depresión.</p>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					<p>-Área geográfica Semi urbano 1.13 (1,04-1,24) p=0.005</p> <p>-Capaz de acceder a 1400 euros en una semana 1.22 (1,08-1,38) p=0.001</p> <p>-Sentirse solo 1.12 (1,03-1,23) p=0.012</p> <p>-País de nacimiento:Otros países nórdicos 1.35 (1,09-1,67) p=0.007</p> <p>Con cansancio de la vida y pensamiento suicida:</p> <p>-Interacción sexo</p> <p>-Edad:Mujer 70-79 años: 4.65 (2,87-7,54) p&lt;0.001Mujer mayor de 80 años: 12.49 (7,93-19,66) p&lt;0.001Hombre 60-69 años: 1.87 (1,04-3,36) p&lt;0.001Hombre 70-79 años: 9.77 (5,93-16,08) p&lt;0.001Hombre mayores de 80 años: 22.39 (13,85-36,18) p&lt;0.001</p> <p>-Educación secundaria o educación superior: 1.22 (1,00-1,48) p=0.047</p> <p>-Alojamiento:Centro de atención residencial u otro 2.23 (1,57-3,18) p&lt;0.001</p> <p>-País de nacimiento:Otros países europeos 0.90 (0,57-1,42) p=0.644 Fuera de europa 4.13 (1,51-11,34) p=0.006</p> <p>-Depresión 1.26 (1,02-1,57) p=0.034</p>	

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
Choi et al., 2019	Identificar el impacto de la pobreza en el riesgo de suicidio en personas mayores. adultos.	Cohortes	-Clase de pobreza -Presentar discapacidad -Presentar enfermedad crónica	Suicidio	<p>Características generales de los sujetos del estudio en la línea base: Valor p: -Edad &lt;0.001 -Clases de ingresos &lt;0.001 -Barrio residencial &lt;0.001 -Índice de comorbilidad de Charlson &lt;0.001 -Enfermedades crónicas: Hipertensión &lt;0.001, Diabetes 0.828, Trastornos mentales y de comportamiento &lt;0.001, Enfermedad cardiovascular &lt;0.001, Enfermedad cerebrovascular &lt;0.001, Cáncer &lt;0.001 -Discapacidad &lt;0.001</p> <p>Efecto de la clase de ingresos sobre el riesgo de suicidio en adultos mayores: Sin ajustar modelo: -Clase ingreso medio 1,17(1,07-1,27) -Clase pobreza 1,30 (1,20-1,41) Ajustado por edad: -Clase ingreso medio 1,20(1,10-1,30) -Clase pobreza 1,36 (1,25-1,47) Ajustado por edad, sexo, zona residencial, índice de comorbilidad de Charlson, enfermedades crónicas y discapacidad. -Clase ingreso medio 1,22(1,12-1,33) -Clase pobreza 1,34 (1,22-1,47)</p> <p>Adultos jóvenes 60-74 años en la clase de pobreza (AHR, 1,41; IC del 95%, 1,27 a 1,57)</p>	<p>- Las personas en clase de pobreza tenían un mayor riesgo de suicidio que aquellas con altos ingresos económicos. - También existen diferencias significativas en base a edad y sexo, mayor riesgo en hombres, adultos y ancianos debido a la pobreza en comparación con las mujeres y adultos mayores. - Para los hombres, los factores financieros (bajo nivel de ingresos) suponen un factor de riesgo.</p>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones	
					Ser hombres de grupo pobreza (AHR, 1,50; IC del 95%, 1,33-1,68)		
Grande et al., 2021	Investigar las diferencias de género en la relación entre los factores sociodemográficos y la mortalidad por suicidio, así como en el método utilizado para el suicidio y la presencia de comorbilidades en una población de mayor edad en Italia	Cohortes	-Factores sociodemográficos -Elección de método suicida -Comorbilidad física o mental	Tentativa suicida	Razones de tasas de mortalidad en Hombres(H) y mujeres(M): -Edad: 85-94: M: 0.86(0.75-0.99) -Ciudadanía: Extranjero: H: 0.44(0.24-0.82) -Vida en el hogar: Padre soltero con hijos: H: 0.51(0.42-0.62) M: 0.69(0.56-0.86) Persona soltera con otras personas: H: 0.68(0.58-0.81) Pareja sin hijos: H: 0.54(0.5-0.59) M: 0.82(0.71-0.95) Pareja con hijos: H: 0.44(0.39-0.5) M: 0.67(0.49-0.91) En la institución: H: 0.42(0.27-0.67) -Nivel Educativo: Medio: H:0.78(0.71-0.86) Alto: H: 0.66(0.59-0.73) -Grado de urbanización: Urbano: H: 0.89(0.81-0.97) M: 1.17(1.01-1.35) Rural: H: 1.17(1.07-1.28) -Zona geográfica de residencia: Noreste: H: 1.17(1.05-1.29) Centro: M: 0.83(0.7-0.99) Sur: H: 0.75(0.67-0.84) M: 0.58(0.49-0.7) Cerdeña: M: 0.77(0.51-1.18)		- Se encontraron factores de riesgo sociodemográfico para la mortalidad por suicidio en edades avanzadas y se encontraron importantes diferencias entre géneros. - En comparación a vivir solo, cualquier otro tipo de forma de vida se asoció con tasas de suicidio bajas, especialmente en hombres que conviven con su pareja o hijos. - Tener un nivel educativo alto o medio supuso una menor tasa de mortalidad en comparación con niveles de estudio más bajos, entre los hombres. - Los ciudadanos extranjeros tuvieron una mortalidad baja en comparación con los italianos, solo entre los hombres. - Además de también encontrarse tasas más bajas de suicidio en hombres que en mujeres que vivían en zonas urbanas. - Con relación a la comorbilidad mental es más significativa en

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					Comorbilidad asociada al suicidio entre hombres y mujeres valor p: -Total <0.0001 -Enfermedad mental <0.0001 -Trastornos de estado de ánimo <0.0001 -Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos: 0.0061 -Otros trastornos mentales <0.0001 -Enfermedades tanto físicas como mentales: 0.0452	mujeres, especialmente entre 75 a 84 años de edad.
Hedna et al., 2020	Examinar los factores relacionados con el suicidio en adultos mayores, con y sin terapia antidepresiva.	Casos y controles	-Usuario de antidepresivos/ No usuario de antidepresivo -Categoría de edad -Sexo -Estado civil (Casado/pareja registrada, soltero, viudo/a, divorciado) -País de nacimiento -Categoría de ingresos -Asignación social -Residencia en instituciones -Episodio previo de autolesiones -Nivel educativo -Última ocupación conocida -Atención psiquiátrica	Tentativa suicida	Características de residentes mayores usuarios y no usuarios de antidepresivos (AD) (IC 95%): Valor de p: -Edad <0.0001 Factor protector en personas de 80 años o más -Categoría de edad <0.0001 Usuarios de AD mayores de 80 años: Factor protector No usuarios de AD de 80 a 84 años (TIR=1,52 IC(1,03-2,25)): factor de riesgo -Mujer <0.0001 -Estado civil <0.0001 mayor riesgo entre los hombres solteros, viudos o divorciados y mujeres divorciadas -País de nacimiento <0.0001 Nacidos fuera de Países nórdicos (TIR= 1.47, IC 1,12 a 1,93) mayor riesgo en la cohorte total. No Usuario nacido en País no nórdico (TIR=1.50, IC 1.04 a 2.16)	- Estar soltero y ser hombre usuario o no de AD es un factor de riesgo , esto no se observó en mujeres. - Mujeres nacidas fuera de países nórdicos sin tratamiento AD muestran un mayor riesgo de suicidio Existe un menor riesgo en mujeres obreras que usan AD y un mayor riesgo en hombres obreros no usuarios de AD. - La población inmigrante presenta mayor riesgo de suicidio. Se observó un aumento de riesgo de suicidio entre no usuarios de AD no nórdicos. - Se encontró mayor riesgo en trabajadores hombres de cuello azul no tratados con AD, sin embargo, mujeres tratadas con

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
			especializada		<p>mayor riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Categoría de ingresos &lt;0.0001</li> <li>Usuarios de AD tenían un ingreso medio más bajo que los no Usuarios</li> <li>-Asignación social &lt;0.0001</li> <li>-Residencia en institución &lt;0.0001 (TIR=0.22, IC 0,15 a 0,31) menor riesgo</li> <li>-Nivel de educación &lt;0.0001 Educación secundaria (TIR=0.82, IC 0,70 a 0,97) menor riesgo respecto a la Educación obligatoria</li> <li>-Última ocupación conocida &lt;0.0001 Trabajadores de cuello azul (TIR= 1.36, IC 1,05 a 1,77) mayor riesgo</li> <li>-Atención psiquiátrica especializada &lt;0.0001 diferencia entre usuario de AD mayor que no usuario de AD</li> </ul> <p>Análisis por género:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mujeres nacidas fuera de países nórdicos usuarias de AD (TIR= 2,11, IC 1,34 a 3,33) mayor riesgo, aumenta más el riesgo cuando no son usuarias de AD (TIR= 3,50, IC 1,91 a 6,41)</li> <li>-Ser hombre que no usaba AD y trabajaba en cuello azul (TIR=1.51, IC 1,31 a 2,02) mayor riesgo</li> <li>-Mujeres que usan AD cuello azul, tenían menos riesgo . Mayor riesgo en mujeres de cuello blanco (TIR= 0.56 IC 0,34 a 0,92)</li> </ul>	AD y que ocupaban un mayor cargo también presentaban un mayor riesgo de suicidio, correlacionando con trastornos de consumo de alcohol y tabaquismo respectivamente.

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
Mulholland et al., 2023	Investigar factores de riesgo y protección asociados a suicidio.	Cohorte longitudinal	1. Factores socioeconómicos 2. Factores de salud.	Ideación suicida	<p>Prevalencia de ideación suicida: 11% --&gt; n=454/4319). (2015-2016); y 16% (2018).</p> <p><b>Asociaciones estadísticamente significativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación financiera: Estar en la misma situación (<math>p &lt; 0.001</math>; OR=0.42; IC (0.30; 0.61)); o mejor (<math>p = 0.005</math>; OR=0.43; IC (0.24; 0.77)), en comparación con los últimos doce meses: Factor protector.</li> <li>- Empatía: <math>p = 0.001</math>; OR=0.94; IC (0.91; 0.97): Factor Protector.</li> <li>- Locus de Control Interno (alta capacidad de autogestión a lo largo de la vida): <math>p &lt; 0.001</math>; OR=1.20; IC (1.13; 1.27): Factor protector.</li> <li>- Hábito de fumar: No haber fumado nunca; o haberlo hecho sólo ocasionalmente en el pasado : <math>p = 0.02</math>; OR=2.29; IC (1.17; 4.48): Factor Protector.</li> <li>- Ausencia o pocos efectos adversos derivados de la medicación: <math>p &lt; 0,001</math>; OR=3.02; IC (1.66: 5.51): Factor Protector.</li> <li>- Apoyo práctico: <math>p = 0.01</math>; OR=3.34; IC (1.30; 8.56) --&gt; Factor protector.</li> <li>- Socializar (participar en actividades sociales, mantener relaciones sociales): <math>p &lt; 0.001</math>; OR=5.84; IC (2.54; 13.44): Factor Protector.</li> </ul>	<p>El deterioro continuo causado por problemas de salud física y/o los efectos secundarios de los medicamentos está emergiendo como un factor importante en el desarrollo de la ideación suicida. Además, los malos hábitos de vida, como fumar, son más frecuentes entre estas personas y pueden aumentar su malestar.</p> <p>Los problemas de índole psicológico y/o los problemas de salud física se han identificado como factores de riesgo tanto para la aparición como para la persistencia de la ideación suicida. En contraste, la conexión social, el apoyo social percibido y un estilo de apego seguro se consideran factores protectores. Los problemas físicos persistentes, los efectos secundarios de los medicamentos, las pesadas responsabilidades de cuidado y la mala calidad de la vida incrementan el riesgo de ideación suicida. Sin embargo, una mejor autogestión y un mayor apoyo social ofrecen protección contra la ideación</p>

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar problemas de salud:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hepáticos: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=12.06; IC (3.82; 38.08): Factor de Riesgo.</li> <li>2. Epilépticos: <math>p = 0.03</math>; OR=2.54; IC (1.11; 5.85): Factor de Riesgo.</li> <li>3. Migraña: <math>p = 0.004</math>; OR=2.11; IC (1.28; 3.81): Factor de Riesgo.</li> </ol> </li> <li>- Hábitos de fumar: Fumador diario en la actualidad: <math>p &lt; 0.001</math>; OR=1.95; IC (1.37; 2.79): Factor de Riesgo.</li> <li>- Estado civil: Soltero/no casado/pareja civil: inicio de ideación suicida (<math>p = 0.019</math>; OR=1.87; IC (1.11; 3.15)); Persistencia de ideación (<math>p = 0.006</math>; OR=2.68; IC (1.32; 5,45): Factor de Riesgo.</li> <li>- Problemas en la vivienda: persistencia de ideación suicida: <math>p = 0.002</math>; OR=0.17; IC (0.07; 0.44).: Factor de Riesgo.</li> <li>- Presencia de dolores: inicio de ideación: (<math>p = 0.02</math>; OR=1.74; IC (1.09; 2.76); Persistencia de ideación (<math>p = 0.004</math>; OR=2.38; IC (1.33; 4.26): factor de riesgo.</li> <li>- algunos problemas en Cuidados personales: remisión ideación (0.018; OR=2.36; IC (1.16; 4.80)); Persistencia (<math>p = 0.0001</math>; OR=3.16; IC (1.60; 6.23): Factor de Riesgo.</li> <li>- Problemas en las Actividades cotidianas: inicio ideación (<math>p = 0.005</math>; OR=2.01; IC (1.24; 3.25); Persistencia ideación: (<math>p = 0.005</math>; OR=3.12; IC (1.75;</li> </ul>	suicida.

Artículo	Objetivo	Tipo de estudio	Factores evaluados	Conducta del espectro suicida	Resultados significativos	Conclusiones
					<p>5.54): Factor de Riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas de movilidad: Persistencia de ideación suicida: <math>p=0.026</math>; <math>OR=1.94</math>; <math>IC (1.08; 3.45)</math>; si bien, no afecta al inicio de la ideación (<math>p=0.33</math>; <math>OR=1.28</math>; <math>IC (0.78; 2.09)</math>): Factor de riesgo.</li> <li>- Comorbilidad de problemas de salud física y psicológica: no afecta a inicio de ideación (<math>p=0.25</math>; <math>OR=1.35</math>; <math>IC (0.81; 2.27)</math>); pero sí a que si está presente la ideación, ésta persista (<math>p=0.005</math>; <math>OR=3.17</math>; <math>IC (1.41; 7.15)</math>): Factor de riesgo.</li> <li>- Desesperanza: persistencia de ideación: <math>p=0.005</math>; <math>OR=0.83</math>; <math>IC (0.73; 0.95)</math>: Factor de riesgo</li> </ul>	