

Intento de suicidio en personas mayores en centro terciario de salud: Seguimiento a 13 años

Lilian Salvo G^{1,2,*}, Valentina Cerda R², Pilar Gallardo G^{2,a}, Julio Blanco T^{1,b}.

Suicide Attempt in Elderly Individuals in a Tertiary Health Center: 13-Year Follow-up

RESUMEN

El suicidio es una importante causa de muerte en personas de 60 y más años. Los intentos de suicidio (IS) son un poderoso factor de riesgo. **Objetivo:** Describir y evaluar la relación de características sociodemográficas y clínicas con IS en personas mayores hospitalizadas en Unidad de Psiquiatría del Hospital Herminda Martín de Chillán, Chile, y efectuar un seguimiento de dicha conducta durante 13 años. **Métodos:** Estudio correlacional con datos de base estadística y seguimiento de serie de casos durante 13 años. Participaron 49 personas mayores con IS y 194 sin IS que estuvieron en hospitalización psiquiátrica entre el 01/01/2011 y 31/12/2023. Se efectuó seguimiento hasta octubre de 2024. Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó análisis descriptivo y bivariado. **Resultados:** El IS se relacionó significativamente con grupo etario de mayor edad (mayores de 70 años), sexo masculino y presencia de factores estresantes en el grupo primario de apoyo y problemas de vivienda. Los métodos suicidas más empleados fueron la ingesta de medicamentos y la asfixia por ahorcamiento. La conducta suicida se relacionó significativamente con diagnóstico psiquiátrico especialmente con trastorno depresivo, pero no con enfermedad médica comórbida. Un porcentaje considerable tenía IS previos y reiteró la conducta post alta. Los factores precipitantes y razones para morir más aludidos fueron los conflictos familiares y sentimientos adversos. En el seguimiento se constató 1 suicidio, 2 muertes por complicaciones de un nuevo IS y 1 muerte por condiciones médicas durante su hospitalización por IS. **Conclusiones:** Las características de los IS de personas mayores se asemejan a las del

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

²Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Herminda Martín. Chillán. Chile.

^aTrabajadora Social.

^bResidente de Psiquiatría de Adultos.

*Correspondencia: Lilian Salvo G. / isalvog@gmail.com
Bulnes 473, Chillán.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 31 de diciembre de 2024.
Aceptado: 03 de abril de 2025.

suicidio. En este grupo etario se requiere focalizar la prevención no sólo en la pesquisa y tratamiento de la depresión, sino que también en conducta suicida previa, factores psicosociales adversos y en la continuidad de los cuidados con intervenciones de seguimiento.

Palabras claves: Intento de Suicidio; Persona Mayor; Suicidio.

ABSTRACT

Suicide is a major cause of death among people aged 60 and over. Suicide attempts (SA) are a significant risk factor. **Aim:** To describe and evaluate the relationship between sociodemographic and clinical characteristics with SA in elderly patients hospitalized in the Psychiatry Unit of Herminda Martin Hospital in Chillán, Chile, and to follow up on this behavior over 13 years. **Methods:** Correlational study with statistically based data and a 13-year case series follow-up. The study included 49 elderly individuals with SA and 194 without SA who were hospitalized in psychiatric care between January 1, 2011, and December 31, 2023. Follow-up continued until October 2024. Sociodemographic and clinical variables were analyzed. Descriptive and bivariate analysis was performed. **Results:** SA was significantly associated with older age groups (over 70 years), male sex, the presence of stress factors in the primary support group, and housing problems. The most common suicide methods were medication ingestion and asphyxiation by hanging. Suicidal behavior was significantly associated with psychiatric diagnoses, particularly depressive disorder, but not with comorbid medical illnesses. A considerable percentage had previous SA and repeated the behavior after discharge. The most cited precipitating factors and reasons for wanting to die were family conflicts and adverse emotions. During follow-up, one suicide, two deaths from complications of a new SA, and one death from medical conditions during hospitalization for SA were recorded. **Conclusions:** The characteristics of SA in the elderly resemble those of suicide. In this age group, prevention efforts should focus not only on detecting and treating depression but also on addressing previous suicidal behavior, adverse psychosocial factors, and ensuring continuity of care with follow-up interventions.

Keywords: Aged; Suicide, Attempted; Suicide.

El suicidio es un importante problema de salud pública mundial, considerándose a las personas de 60 y más años dentro de los grupos con mayor vulnerabilidad para este fenómeno¹. En nuestro

país, el 2022, la tasa general ajustada por edad para suicidio fue de 10,9 por 100.000 habitantes. Pero al focalizarse en las personas mayores (PM), aparecen los hombres de 80 y más años y los de

75 a 79 como los grupos con tasas más altas: 37,3 y 26,3 por 100.000 hombres, respectivamente². La evidencia revela que los intentos de suicidio (IS) previos son uno de los más fuertes predictores de suicidio^{3,4}. Por otro lado, se ha demostrado que las enfermedades mentales están presentes en más del 90% de quienes se suicidan⁵. Respecto a los IS, su prevalencia muestra gran variabilidad entre los países, estimándose una prevalencia de vida que fluctúa entre 0,5 y 5%⁴. La conducta suicida no mortal disminuye al aumentar la edad⁶, pero la relación de suicidios por IS aumenta a medida que ésta avanza. Se ha estimado que, en población general, por cada suicidio ocurren 15 a 20 IS, en adolescentes uno por cada 200 tentativas, mientras que en adultos mayores por cada uno que se suicida lo habrían intentado cuatro⁷.

En PM, se consideran como factores de riesgo para IS y suicidio los siguientes: ideas y conducta suicida previa; enfermedad psiquiátrica comúnmente el trastorno depresivo; factores psicológicos como resiliencia, malestar psicológico, desesperanza, soledad, pérdida de control personal e interpersonal y falta de afecto; enfermedades somáticas especialmente cuando impactan en la función, generan dolor y/o amenazan la autonomía y la integridad personal; deterioro cognitivo; acontecimientos vitales estresantes, siendo los más destacados: amenazas asociadas a problemas de salud y deterioro funcional, pérdidas por duelos o rupturas de relaciones significativas, problemas de relación, conflictos familiares y problemas financieros; vivir solo; desconexión social; estado civil (ser viudo) y acceso a métodos letales. A los factores psiquiátricos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales citados hay que adicionarle la neurobiología, rasgos de personalidad y trasfondo cultural^{4,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17}. Para los IS no existe claro acuerdo del rol del sexo como factor de riesgo, no así para suicidio donde el sexo masculino está consistentemente asociado¹⁴.

Dentro de las estrategias para prevenir la suicidalidad se requiere identificar e intervenir los factores de riesgo y promover o potenciar los factores protectores. En el ámbito sanitario cobra importancia la identificación e intervención de la conducta suicida previa, el tratamiento oportuno

de las enfermedades mentales; abordando además factores psicosociales que puedan contribuir a aumentar el riesgo^{2,3}.

En base a lo anterior, considerando la importancia de la prevención del suicidio, la vulnerabilidad de las PM, el mayor riesgo si presentan enfermedad mental e IS, la escasez de artículos de investigación publicados sobre esta temática en este grupo etario en nuestro país, es que se realiza el presente estudio con el objeto de describir y evaluar la relación de características sociodemográficas y clínicas con IS en PM hospitalizadas en Unidad de Corta Estadía de Psiquiatría (UCEP) del Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile (HCHM); y efectuar un seguimiento de dicha conducta en el transcurso de 13 años.

Métodos

Investigación diseñada en dos fases. En la primera se efectuó un estudio transversal, correlacional, con datos de base estadística hospitalaria (GRD). La segunda correspondió a un estudio descriptivo, de serie de casos, con un seguimiento durante 13 años.

Participantes

En la primera fase, el universo lo constituyeron todas las personas de 60 y más años de edad (PM) que estuvieron hospitalizadas en UCEP del HCHM y que fueron egresadas entre el 01/01/2011 y el 3/12/2023, cuyos datos estaban registrados en la base GRD del HCHM. El universo alcanzó a 243 PM, 56% mujeres (n: 136) y 44% hombres (n:107), con edad promedio de 66,7 años (DS 6,3, mínimo 60 y máximo 90 años). Se incluyeron todos los participantes, 49 hospitalizados por IS y 194 hospitalizados por otras causas psiquiátricas sin IS.

En la segunda fase se efectuó seguimiento a las 49 PM con IS. La primera egresó en abril de 2011 y la última en agosto de 2022. La evaluación se consideró hasta el 30/10/2024 o hasta la fecha de defunción para quienes estaban fallecidos. No ingresaron al seguimiento las personas que no fue posible ubicar, quienes cumplían criterios de exclusión: residir fuera de la región de Ñuble y no estar en condiciones de consentir (por psicosis, discapacidad intelectual severa, demencia, com-

promiso de conciencia, sordera junto a alteración visual que imposibilitara escuchar y leer, otra condición física que impidiera comprender el consentimiento informado y responder encuesta; y quienes no aceptaron participar. Los que aceptaron, autorizaron la revisión de su ficha clínica para extraer información y se les aplicó una breve encuesta. En la evaluación se consideró a los fallecidos. El flujo de participantes se presenta en la Figura 1. La muestra del seguimiento alcanzó a 29 PM.

Variables

Las variables fueron extraídas de los datos almacenados en base GRD (estudio de correlación), de la ficha clínica y encuesta (seguimiento).

Se estudiaron variables a) demográficas: sexo, edad, estado civil, escolaridad, residencia; b) sociales: con quien vivía (al momento del IS), factores estresantes psicosociales (según códigos CIE-10 Z55 a Z65), red de apoyo (adecuada, frágil, sin red de apoyo según evaluación registrada por trabajadora social en ficha clínica); y c) clínicas: método suicida, diagnóstico psiquiátrico principal (CIE-10), enfermedades somáticas (se conside-

raron sólo datos desde 2019 a 2023 por contar con registros completos), IS previos, factores precipitantes, razones para morir, razones para vivir, reiteración de IS y adherencia a controles (buena adherencia, problemas de adherencia y sin adherencia o abandono, según registro de asistencia a controles). Además, se indagó sobre el fallecimiento y su causa. La variable dependiente fue IS registrado con códigos CIE-10 X60 a X84 en GRD y como IS en la ficha clínica.

Instrumentos

Para complementar la información, considerando que en ocasiones la ficha clínica está incompleta y porque algunos pacientes abandonan controles, se aplicó una breve encuesta que consultaba por estado civil, escolaridad, residencia, con quien vivía (al momento del IS de la hospitalización); reiteración del IS, el tiempo entre alta y el primer reintento y continuidad de controles.

Procedimientos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico (CEC) del HCHM. La base GRD contaba con todos los participantes de la primera

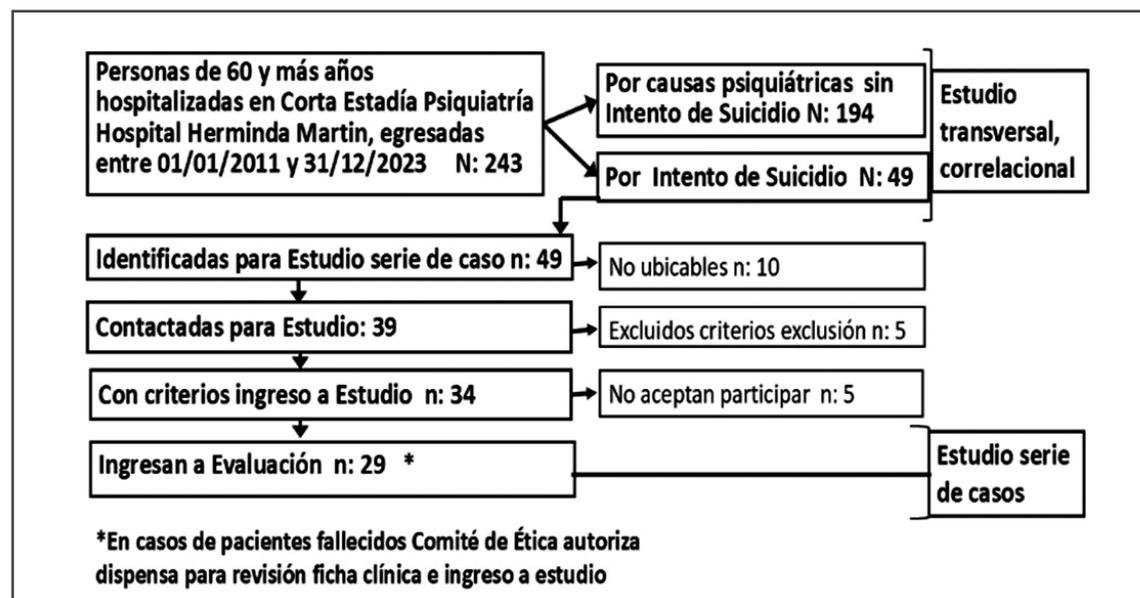


Figura 1: Flujo de participantes. Estudio "Intento de suicidio en personas mayores en centro terciario de salud: seguimiento a 13 años". Unidad de Corta Estadía de Psiquiatría del Hospital Clínico Herminda Martin.

fase del estudio. El CEC autorizó la extracción de sus datos. Se identificaron los pacientes con IS a quienes se les efectuó seguimiento. En el caso de los fallecidos, se extrajo información de su ficha clínica (con autorización del CEC). A las personas que se encontraban vivas, se les contactó telefónicamente y coordinó una visita domiciliaria. En dicha visita se les informó del estudio y efectuó el consentimiento informado. A quienes estaban en condición de consentir y aceptaron participar, se le aplicó la encuesta (por una de las investigadoras). Se realizó psicoeducación a la familia para retomar controles en casos de abandono. Se contactó y gestionó con CESFAM o COSAM el rescate de PM que requerían pronta evaluación y control. Se diseñó una base de datos donde se vaciaron los datos anonimizados, extraídos de GRD, ficha clínica y encuesta.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS. Se efectuó análisis descriptivo y análisis bivariado empleando la prueba de chi cuadrado y estadístico exacto de Fisher para evaluar la relación entre variables demográficas,

sociales y clínicas con IS. Se estableció nivel de significación estadística de 0,05.

Resultados

Resultados estudio transversal y correlacional:

Entre 2011 y 2023 un total de 243 PM fueron hospitalizadas en UCEP del HCHM, en promedio 18,7 (DS 5,0) por año (Mín 12, Máx 28). De ellas, 49 (20,2%) estuvieron internadas por IS, en promedio 3,8 (DS 2,0) por año (Mín 0, Máx 6); y 194 (79,8%) por otras causas psiquiátricas (sin IS), en promedio 14,9 (DS 4,5) por año (Mín 9, Máx 24). La Figura 2 muestra las hospitalizaciones por año, observándose una tendencia a la baja en el número de internaciones por IS y una tendencia mantenida en las por otras causas.

La descripción y la relación de características sociodemográficas con IS versus sin IS se presenta en la Tabla 1. En las personas con IS, el promedio de edad fue 68 años (DS 8,4), el 37,6% tenía entre 70 y 90 años, la mayoría eran hombres, residían en zona urbana y estaban viviendo situaciones estresantes frecuentemente relacionadas con el grupo primario de apoyo. Los con IS tenían edad promedio mayor que

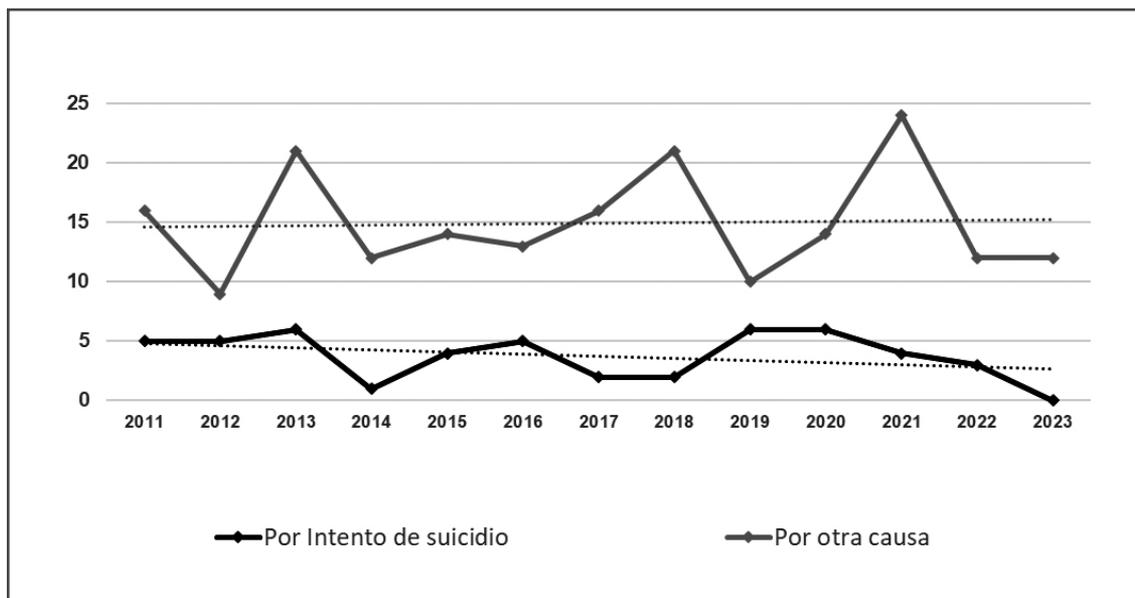


Figura 2: Número de personas mayores según motivo de hospitalización por año.

Tabla 1. Características sociodemográficas y su relación con intento de suicidio.

Variables	Sin IS		Con IS		Total	
	n (194)	%	n (49)	%	n (243)	%
Edad M (DS)	66,4	(5,6)	68	(8,4)	66,7	(6,3)
Edad grupos ^{a**}						
60 a 69	146	75,3	31	63,3	177	72,8
70 a 79	42	21,6	13	26,5	55	22,6
80 a 89	6	3,1	6	6,1	9	3,7
90 y más	-	-	2	4,1	2	0,8
Sexo a*						
Masculino	80	41,2	27	55,1	107	44,0
Femenino	114	58,8	22	44,9	136	56,0
Residencia						
Urbana	147	75,8	42	85,7	189	77,8
Rural	47	24,2	7	14,3	54	22,2
FE psicosociales ^{b**}						
Sin factores estresantes	110	56,7	21	42,9	131	53,9
En grupo primario apoyo	60	31,0	23	46,9	83	34,2
Administrativos o legales	21	10,8	1	2,0	22	9,1
Problemas de vivienda	1	0,5	2	4,1	3	1,2
En ambiente social	2	1,0	-	-	2	0,8
No especificado	-	-	2	4,1	2	0,8

^a= Prueba Chi cuadrado, ^b= Estadístico Exacto de Fisher, * = p<0,05, ** = p<0,01. IS= Intento de Suicidio, FE= Factores estresantes.

los sin IS. En el grupo con IS el porcentaje con edad a partir de los 70 años; el sexo masculino; la presencia de factores estresantes en el grupo primario de apoyo y problemas de vivienda fue significativamente superior al grupo sin IS. La residencia urbana, más frecuente en los con IS, no alcanzó significación estadística.

El método suicida empleado y su distribución según sexo se presenta en la Tabla 2. Los métodos

de mayor letalidad (ahorcamiento, arma de fuego, heridas cortantes profundas en grandes vasos o penetrantes, medicamentos inyectables (insulina), ingestión de sustancias tóxicas, quemarse a lo bonzo) fueron utilizados en su gran mayoría por los hombres (15 hombres / 7 mujeres).

La descripción y asociación entre características clínicas e IS se expone en la Tabla 3. Se observó diferencias significativas en el

Tabla 2. Distribución de las personas mayores hospitalizadas por intento de suicidio según método suicida y sexo.

Método suicida	Hombres n	Mujeres n	Total n
Ahorcamiento	11	0	11
Arma de fuego	1	0	1
Heridas cortantes profundas	3	1	4
Lesiones cortantes	3	2	5
Medicamentos orales	8	14	22
Medicamentos inyectables	0	2	2
Sustancias químicas	0	3	3
Quemarse a lo bonzo	0	1	1
Total	26	23	49

Tabla 3. Características clínicas y su relación con intento de suicidio.

Variables	Sin IS		Con IS		Total	
	n (194)	%	n (49)	%	n (243)	%
DG Psiquiátrico principal ^{a***}						
T Orgánicos	31	16,0	3	6,1	34	14,0
T por Sustancias	20	10,3	9	18,4	29	11,9
Esquizofrenia/Otras Psicosis	44	22,7	5	10,2	49	20,2
T Bipolar	47	24,2	1	2,0	48	19,8
T Depresivo	38	19,6	11	22,4	49	20,2
T Ansiedad/relacionados estrés	9	4,6	6	12,2	15	6,2
T Personalidad	4	2,1	9	18,4	13	5,3
T mental no especificado	1	0,5	5	10,2	6	2,4
Enfermedad Somática crónica						
Con enfermedad	44	60,3	10	55,6	54	59,3
Sin enfermedad	29	39,7	8	44,4	37	40,7

a= Prueba Chi cuadrado, ***= p<0,001, IS= Intento de Suicidio, DG= Diagnóstico, T= Trastorno.

diagnóstico psiquiátrico principal de PM con IS versus sin IS; el porcentaje de personas con IS con trastorno depresivo, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de personalidad, trastornos por ansiedad y trastornos en relación con el estrés y trastornos sin especificación fue superior al de personas sin IS. En cambio, el

porcentaje con trastorno bipolar, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y trastornos orgánicos fue significativamente superior en personas sin IS. No se encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a la presencia o ausencia de enfermedad médica crónica entre ambos grupos. En cuanto a los diagnósticos de enfer-

medades somáticas crónicas, se encontró que del total (desde 2019 a 2023) el 59,3% (n: 54) padecía una o más enfermedades médicas. Los diagnósticos más frecuentes (solos o asociados) fueron: hipertensión arterial (24,2%), diabetes mellitus (22%), hipotiroidismo (7,7%) y neoplasia maligna (2,2%). En el grupo con IS, la hipertensión arterial (33,3%) y la diabetes mellitus (22,2%) fueron las primeras mayorías.

Resultados del seguimiento, estudio serie de serie de casos:

El seguimiento duró en promedio 6,1 años (DS 3,9, mínimo 0 y máximo 13,2 años). De las 49 PM con IS, al término del seguimiento 35 se encontraban vivas y 14 fallecidas. De éstas: 1 por condiciones médicas presentadas durante la hospitalización por el primer IS, 1 por suicidio, 2 por complicaciones médicas relacionadas con un nuevo IS y 10 por causas médicas diversas.

Se evaluaron 29 personas (59,2%). En la Tabla 4 se presentan las características socio-demográficas, destacando que al momento de la hospitalización por IS, el 58,6% estaba sin pareja (divorciada o viuda o soltera), 13,8% vivía sola, 48,2% había cursado sólo estudios básicos, 55,2% contaba con red de apoyo frágil y el 10,2% no tenía red de apoyo.

El 38% (n: 11) tenía antecedente de IS previos; 3 en menos de 30 días, 2 entre uno y doce meses y 6 en más de un año, antes del actual. En las características clínicas del IS en evaluación (Tabla 5) destaca que la mayoría citó como precipitante de la conducta suicida, los conflictos o discusiones familiares (48%) y los sentimientos adversos que se encontraba viviendo (24%). Las razones para morir más frecuentes fueron: cansancio por conflictos familiares (28%), sentirse incapaz, inútil o un estorbo (24%) y sentimientos de soledad (21%). Post intento, la mayoría expresó que quería seguir viviendo por su familia (hijos y/o nietos) (44,8%) y por sí mismo (17,2%). Un quinto volvió a realizar un nuevo IS post alta; un tercio de ellos (2 de 6) dentro de 30 días después de su egreso. De las 6 personas que reiteraron la conducta, 1 realizó un nuevo IS por ahorcamiento a los 24 días post alta que resultó en suicidio, 1 reintentó a los 29

días con heridas cortantes profundas y otra a los 41 meses con ingestión de ácido muriático, falleciendo ambas por complicaciones médicas en relación con el IS. La adherencia a tratamiento sólo fue evaluable en 19 casos por registros incompletos o sin información. Trece tuvieron buena adherencia y 6 abandonaron.

Tabla 4. Distribución de las personas mayores con IS evaluadas en seguimiento según características sociodemográficas.

Variables	Total	
	n (29)	% (100)
Estado civil		
Casado	12	41,4
Divorciado/separado	5	17,2
Viudo	8	27,6
Soltero	4	13,8
Vivía con		
Con esposa(o)/pareja	4	13,8
Esposa(o) e hijos	8	27,6
Hijos(a)(s)	7	24,1
Hermana(o)(s)	2	6,9
Padres	1	3,4
Solo(a)	4	13,8
Otra no familiar	3	10,3
Escolaridad		
Básica incompleta	11	37,9
Básica completa	3	10,3
Media incompleta	3	10,3
Media completa	7	24,1
Superior completa	5	17,2
Red de apoyo		
Adecuada	10	34,5
Frágil	16	55,2
Sin red	3	10,3

IS= Intento de Suicidio.

Tabla 5. Distribución de las personas mayores con IS evaluadas en seguimiento según características clínicas.

Variables	Total	
	n	%
Factores precipitantes del IS		
Conflicto/discusión familiar	14	48,3
Conflicto emocional pareja	2	6,9
Problema económico/laboral	3	10,3
dea delirante	2	6,9
Sentimiento adverso	7	24,1
No recuerda (intoxicación alcohol)	1	3,4
Razones para morir		
Cansado(a) conflicto familiar	8	27,6
Limitado funcionalmente	3	10,3
No soporta malestar físico	1	3,4
Sentirse incapaz, inútil, estorbo	7	24,1
Sentirse solo(a)	6	20,7
Vida no vale la pena	1	3,4
No recuerda	1	3,4
No específica	2	6,9
Razones para vivir		
Por la familia	13	44,8
Por si mismo al mejorar estado	5	17,2
Por su religión	1	3,4
No específica, no registro	10	34,5
IS post alta		
Sin IS	23	79,3
IS entre 1 a 29 días	2	6,9
IS entre 1 a 6 meses	1	3,4
IS entre 7 a 11 meses	1	3,4
IS entre 1 y 3 años	2	6,9

IS= Intento de Suicidio.

Discusión

En nuestro estudio el 20% de las hospitalizaciones psiquiátricas en PM fue por IS. Estimamos es una cifra alta ya que generalmente sólo ingresan a UCEP las tentativas de alto riesgo. La tendencia a la baja en el número de hospitalizaciones es concordante con la disminución en las tasas de suicidio en los últimos años en Chile¹⁸. Frente a

esta buena noticia hay que ser cautelosos porque pequeñas variaciones impactan considerablemente los porcentajes y tasas de PM.

Los resultados observados en su mayoría son concordantes con lo publicado en estudios internacionales. Tienen el valor de ratificar la información en nuestra realidad, más aún cuando es la primera investigación de este tipo

en nuestro país. Encontramos que en las PM con IS (considerando evaluación transversal y seguimiento) el 37,6% tenía entre 70 y 90 años, la mayoría eran hombres, sin pareja (viudos, divorciados o solteros), residían en zona urbana, tenían escolaridad básica, vivían con su familia, se encontraban sufriendo factores estresantes en el grupo primario de apoyo y contaban con una red de apoyo frágil. Un 14% vivía solo y un 10% no tenía red de apoyo. El IS se relacionó significativamente con grupo etario de mayor edad (>70 años), sexo masculino y presencia de factores estresantes en grupo primario de apoyo y problemas de vivienda^{4,6,14,17}. Respecto al sexo en IS en PM la evidencia es contradictoria, una informa mayor porcentaje en mujeres^{4,6,19,20} y otra en hombres^{10,21}. Nuestros hallazgos avalan mayor frecuencia en hombres. Esto podría deberse a participantes hospitalizados, con IS de alto riesgo, tendiendo a parecerse con lo observado en suicidio donde claramente el fenómeno se asocia a sexo masculino.

Los métodos suicidas más empleados fueron la ingesta de medicamentos (45%), preferentemente por mujeres; y la asfixia por ahorcamiento (22%), sólo usado por hombres. De acuerdo con la literatura, los métodos tradicionalmente reconocidos como de mayor letalidad (ahorcamiento y uso de armas de fuego) son utilizados principalmente por hombres^{4,14}; sin embargo, las mujeres también intentan con métodos altamente letales, que dicen relación con envenenamiento, como ingestión de tóxicos e inyección de insulina, que en este estudio sólo fue usados por ellas.

Como se ha evidenciado ampliamente, nuestros hallazgos también avalan la relación significativa de IS con trastorno depresivo^{4,11,14}. Si recordamos la evidencia de factores estresantes en nuestros intentadores de suicidio, se hace comprensible el porcentaje y asociación significativa con trastornos de ansiedad y/o trastornos relacionados con el estrés. Los problemas de salud física son consistentemente citados como factor de riesgo para conducta suicida^{4,8,10,14,16,20}. Nosotros no encontramos asociación con enfermedad médica; lo que podría explicarse porque nuestros pacientes en su mayoría presentaban hipertensión arterial

y/o diabetes mellitus sin estar asociada a alteración grave del funcionamiento o a condiciones dolorosas. Se ha descrito que la discapacidad, dolor crónico, percepción de enfermedad y las amenazas a la autonomía e integridad personal serían los factores que desempeñarían un rol en la conducta suicida, más que la enfermedad física misma^{8,14,20}.

Un porcentaje considerable tenía IS previos (11 de 29); aproximadamente la mitad de ellos había intentado un año antes del IS actual. Por otro lado, 6 de 29 volvieron a reintentar la autolisis; cuatro lo efectuaron antes de un año y de éstos, dos dentro de los primeros treinta días post alta, ambos con desenlace fatal. Los IS previos son un fuerte predictor de nueva conducta suicida y de suicidio^{1,3,4,6,8,14,17} y la gran mayoría ocurre dentro de los primeros seis meses o un año de iniciada la ideación o la conducta suicida o después de una hospitalización por IS^{3,4}. De ahí la importancia de las intervenciones de seguimiento en la continuidad de los cuidados. Se ha demostrado que una intervención breve con contactos de seguimiento disminuye la mortalidad por suicidio²².

La mayoría citó como factor precipitante del IS los conflictos familiares y de pareja y los sentimientos adversos que estaban viviendo, lo que además es concordante con las razones para morir expresadas: sentirse cansado de los conflictos familiares (28%), sentirse incapaz o inútil o un estorbo (24%) y sentirse solo (21%). Estos factores precipitantes y razones ya han sido descritos, junto a los problemas financieros y limitación funcional^{8,14,15,16}, también evidenciados en nuestro estudio.

Hubo 4 fallecidos vinculados con suicidalidad: 1 por suicidio, 2 por complicaciones médicas derivadas de un nuevo IS y 1 por condiciones médicas presentadas durante la hospitalización del primer IS, no siendo posible establecer si estas fueron o no precipitadas por el estado suicidal.

Podríamos plantear que, en población clínica, hospitalizada, por cada 12 a 16 IS en PM ocurre una muerte por suicidio o a consecuencia de complicaciones dadas por el IS; y que el IS en población hospitalizada en etapas finales de la vida tiene características similares al suicidio.

Los hallazgos refuerzan la prevención del sui-

cidio en PM a nivel multiestamentario e integral, con énfasis en: 1) Detección y tratamiento de trastornos psiquiátricos, especialmente del trastorno depresivo; detección y manejo de ideas e IS; y continuación de los cuidados con intervenciones de seguimiento en quienes intentaron suicidarse; 2) Detección e intervención de situaciones estresantes especialmente si existen desventajas sociodemográficas; capacitación a líderes comunitarios para reconocer y derivar a PM con factores de riesgo; y organización de medidas que favorezcan la conexión con familias, amigos y comunidades; 3) Restricción del acceso a medios de alta letalidad incluidos los medicamentos y sustancias tóxicas; y, educación y concientización a la comunidad en suicidio en PM, reconocimiento de señales de alerta y alarma, y cómo prestar y/o solicitar ayuda.

Nuestro estudio tiene limitaciones relacionadas con el tamaño muestral y contexto hospitalario. Pero recordamos que la mayoría de los estudios de seguimiento de IS o suicidio son retrospectivos y que el fenómeno es poco frecuente. Pretendemos plantear un método de seguimiento para ayudar a la prevención, incrementando a la vez los datos para futuras investigaciones.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio, [Consultado 3 agosto 2024]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Ministerio de Salud de Chile. Implementación de Estrategias de Prevención del Suicidio. Resumen de Evidencia para Políticas. Santiago; 2023, Julio. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>
3. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30(1): 133-154.
5. Gómez A, Opazo R, Levi R, Gómez M, Ibáñez C, Núñez C. Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2014; 52(1): 9-19.
6. De Leo D, Padoani W, Scooco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16(3): 300-310.
7. Pérez S. Suicide risk factors among the elderly. *Cienc Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2011-2016.
8. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34(2): 451-468.
9. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: Identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16 (9): 466.
10. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML, Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed* 2019; 90(1): 68-76.
11. Obuobi-Donkor G, Nkire N, Agyapong VIO. Prevalence of Major Depressive Disorder and Correlates of Thoughts of Death, Suicidal Behaviour, and Death by Suicide in the Geriatric Population-A General Review of Literature. *Behav Sci (Basel)* 2021; 11(11): 142.
12. Ding OJ, Kennedy GJ. Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide. *Curr Psychiatry Rep*. 2021; 2(9): 58.
13. Günak M, Barnes D, Yaffe K, Li Y, Byers A. Risk of Suicide Attempt in Patients With Recent Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or Dementia. *JAMA Psychiatry* 2021; 78 (6): 659-666.
14. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; 127: 193-211.
15. De Mendonca CA, De Leo D, Ivbijaro G, Svab I. Loneliness and abuse as risk factors for suicide in older adults: New developments and the contribution of the WPA Section on Old Age Psychiatry. *World Psychiatry* 2021; 20(3): 455-456.
16. De Leo, D. Late-life suicide in an aging world. *Nat Aging*. 2022; 2: 7-12.
17. Chan EC, Conlon K, Gagnon L. Risk factors and methods in suicides of elderly patients connected to mental health services from 1999-2024. *Front Psychiatry* 2024; 17(15): 1425371.
18. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de Chile. Tasa de mortalidad por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente. [Consultado 3 agosto 2024]. Disponible en <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>
19. Artero S, Astruc B, Courtet P, Ritchie K. Life-time history of suicide attempts and coronary artery disease in a community-dwelling elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21(2): 108-112.
20. Cabello M, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Caballero FF, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, et al. Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging Ment Health*. 2020; 24(9): 1533-1542.
21. Crandall M, Luchette F, Esposito T.J, West M, Shapiro M, Bulger E. Attempted suicide and the elderly trauma patient: Risk factors and outcomes. *J Trauma*. 2007; 62(4): 1021-1027.
22. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008; 86(9): 703-709.