
PERFIL DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DEL AREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA EN EL PERIODO DE 2015 A 2017

Juan Soriano Barceló

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.
jsorianobarcelo@hotmail.com

Jose Portes Cruz

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Begoña Portela Traba

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Jose Manuel Cornes Iglesias

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Julio Brenlla Gonzalez

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Raimundo Mateos Álvarez

Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Trabajo premiado con el tercer premio de la edición 2016 – 2018 del Máster de Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

Introducción: Las personas de edad avanzada presentan las tasas más altas de suicidio en todo el mundo. A su vez, tienen las menores tasas de intentos de suicidio. Este hecho responde a diversos factores, que hacen que la conducta suicida en el anciano sea de alta letalidad, consumándose el suicidio al primer intento en un gran número de casos.

Objetivo: conocer el perfil sociodemográfico y clínico de las personas mayores de 65 años que son atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínico de Santiago de Compostela por un intento de suicidio.

Material y métodos: en el periodo de Ene-

ro de 2015 a Diciembre de 2017 todas las personas mayores de 65 años atendidas por intento de suicidio en el servicio de urgencias e Interconsulta de psiquiatría del Hospital Clínico de Santiago de Compostela fueron evaluadas y entrevistadas. Se recogieron distintas variables clínicas y sociodemográficas de interés.

Resultados: se registraron 80 tentativas de suicidio, lo que supone una incidencia de 35,3/100.000. La edad media de nuestra muestra fue de 74,85±7 años, la proporción entre hombre:mujer fue de 2:3. La mitad de la muestra estaba casada y la mayoría vivían con familia. El 25% presentaba tentativas previas, siendo la mayoría mujeres ($p<0,01$).

El diagnóstico mayoritario pertenecía al grupo de Trastornos afectivos y el método más utilizado fue el de sobreingesta medicamentosa. El desencadenante o estresante más frecuente estuvo en relación a conflictiva intrafamiliar. Se encontraron diferencias en los subgrupos por la edad del episodio índice superior o inferior a los 65 años en cuanto al sexo, diagnóstico, e ingresos previos.

Conclusiones: Las personas de más de 65 años que intentan suicidarse en nuestra área presentan un perfil sociodemográfico similar a otras muestras de nuestro entorno. Las mujeres, con ingresos previos en psiquiatría, tentativas antes de los 65 años, y con algún diagnóstico de Trastorno de la Personalidad son una población de riesgo para presentar nuevas tentativas más allá de los 65 años.

Palabras clave: intento, suicidio, adulto mayor, urgencias.

Abstract

PROFILE OF SUICIDE ATTEMPTS IN PEOPLE OVER 65 YEARS OF THE SANITARY AREA OF SANTIAGO DE COMPOSTELA IN THE PERIOD OF 2015 TO 2017

Introduction: Elderly people have the highest suicide rates in the world. In turn, they have the lowest rates of suicide attempts. This fact responds to several factors, which make suicidal behavior in the elderly a behavior of high lethality, committing suicide at the first attempt in a large number of cases.

Objective: to know the sociodemographic and clinical profile of people over 65 years who are treated in the emergency department of the Clinical Hospital of Santiago de Compostela for an attempted suicide.

Material and methods: from January 2015

to December 2017 all people over 65 years treated by suicide attempt in the emergency service and Psychiatry Interconsultation of the Clinical Hospital of Santiago de Compostela were evaluated and interviewed. Different clinical and sociodemographic variables of interest were collected.

Results: 80 suicide attempts were recorded, which represents an incidence of 35.3 / 100,000. The average age of our sample was 74.85 ± 7 years, the ratio between male: female was 2: 3. Half of the sample was married and most lived with family. 25% had previous attempts, the majority being women ($p < 0.01$). The majority diagnosis was the Affective Disorders group and the most used method was drug overdose. The most frequent trigger or stressor was related to intrafamiliar conflict. Differences were found in the subgroups by the age of the index episode above or below 65 years in terms of sex, diagnosis, and previous income.

Conclusions: People over 65 who try to commit suicide in our area have a sociodemographic profile similar to other samples from our environment. Women, with previous income in psychiatry, attempts before the age of 65, and with some diagnosis of Personality Disorder are a risk population to present new attempts beyond 65 years.

Key Words: elderly, sociotype, the Geriatric Sociotype questionnaire.

Introducción

El suicidio, el acontecimiento más temido por cualquier profesional de la salud mental. Un drama personal, familiar y social de magnitud más que considerable. Alrededor de 800.000 personas al año se quitan la vida en el mundo, un ratio de 11.4/100.000 habitantes(1). En España, cerca de 4000 personas se suicidan al año, siendo la primera causa de muerte externa(2). A nivel epidemiológico no existe homogeneidad entre los distintos países, probablemente debido a factores culturales, diferencias en el acceso al sistema sanitario, y probablemente más importante, a sesgos en los registros de defunciones. A pesar de ello, podemos asumir que los hombres se suicidan más que las mujeres, y que la tasa de suicidio aumenta con la edad. 3569 personas lo hacen en España (INE 2016), uno de los países con menores tasas de suicidio de la Unión Europea(3), la mayoría (2662-74.5%), son hombres. De todos ellos 1180 personas (33%) tenían más de 65 años. En Galicia, la cifra de personas que se suicidaron es de 338 en el año 2016, de los que 141 (48%) tenían más de 65 años. Galicia, junto a Asturias, presenta las tasas más altas de suicidio de España, y el índice de envejecimiento de población también es el mayor del estado.

Un potente predictor del acto suicida es la presencia de intentos de suicidio, un tercio de los suicidios consumados ha presentado, al menos, un intento previo(4), presentando hasta un 66% más riesgo que la población general(5). Al contrario de lo que ocurre con la tasa de suicidio, la tasa de intentos disminuye con la edad(6).

Sin duda alguna, uno de los términos más discutidos y de difícil consenso es el de "intento" de suicidio, hasta el punto que algunos autores abogan por eliminarlo(7).

Silverman et al.(8) realizaron una revisión y actualización conceptual de la conducta suicida desde la propuesta por O'Carroll(9) con intención de unificar términos entre la comunidad científica. Por su lado, la "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC) no aceptaría el uso de los términos suicidio completo, suicidio consumado, intento fallido, gesto suicida, amenaza suicida o parasuicidio, considerándolos incluso como despectivos(10).

Las estadísticas actuales en torno a los intentos de suicidio no ofrecen una visión real de este problema. Esto es debido, como se apuntó en el apartado anterior, a los problemas metodológicos, que van desde el dilema conceptual, hasta la propia heterogeneidad de este subgrupo, donde existen diferentes grados de letalidad, intencionalidad, métodos...(11).

Aún así, se calcula que la prevalencia a lo largo de la vida para los intentos de suicidio a nivel mundial y en población general es del 2.7%(12). En España, esta cifra se reduce a poco más de la mitad, 1.5%(13). Como en el suicidio, los datos sobre los intentos son heterogéneos entre los distintos países, pero se asume que estos son más frecuentes en mujeres que en hombres, y en adolescentes más que en adultos(1). La conducta suicida en el adulto mayor es potencialmente letal, donde la proporción entre los intentos y los suicidios es de 4:1(14), llegando en algunas series llegan al 1:1(15, 16), mucho más que en población general donde la proporción es de 10-20:1, y de 200:1 en el caso de adolescentes(12). Las conductas autolesivas en el anciano representan el 5% del total(17). Según la OMS, la incidencia de conductas autolesivas en mayores de 65 años es de 61.4/100.000 hab., esta cifra se reduce a la mitad en población española (Guipuzcoa, Euskadi), llegando a ser de 32.3/100.000.

Centrándonos en Galicia se estima que los mayores de 65 años tienen 2,7 veces más riesgo de cometer un intento de suicidio que los adultos más jóvenes (18-35 años)(18). Estas cifras pueden estar subestimadas por el hecho que en el anciano, las conductas autolíticas indirectas, como negativa a la ingesta o toma de tratamientos, no están registradas en la mayoría de estudios o no se consideran como tentativas.

Las tentativas en el anciano presentan una alta letalidad por diversos motivos: 1) las comorbilidades médicas existentes a estas edades; 2) la tasa de soledad con las dificultades para pedir ayuda que conlleva; 3) la alta letalidad de los métodos utilizados; y, 4) la menor tendencia a comunicar los pensamientos suicidas, sobretodo en los hombres. Por este motivo, se plantea que las estrategias preventivas de tipo indicadas serían, en general, menos efectivas en ancianos que en población más joven, especialmente si nos guiamos por la presencia de intentos previos, dado que muchos ancianos, la mayoría hombres, consuman el suicidio al primer intento(19).

Como apuntábamos, el intento de suicidio es un potente predictor de suicidio y de reintento en población general. Un 16% lo intenta otra vez al año, y de un 0.5% a un 2% llega al suicidio. Además, este riesgo de llegar al suicidio se incrementa con la edad(20, 21). Sin tener las consecuencias evidentemente trágicas del suicidio, las tentativas generan gran sufrimiento, secuelas físicas, hospitalizaciones, y un gasto sociosanitario considerable(22).

Las características del grupo de intentos de suicidio en personas mayores difieren de los adultos más jóvenes. En la edad avanzada, los intentos tienen un mayor nivel de premeditación, mayor uso de armas de fuego (EEUU), tendencia a autolesionar la cabeza,

menor diferencia en la proporción hombre/mujer, coexistencia de más problemas médicos, mayor soledad, presencia o antecedentes de enfermedad mental, y mayor presencia de enfermedad física como precipitante del intento(15).

Las razones o motivaciones para intentar suicidarse son en la mayoría de casos múltiples, aunque es cierto que son comunes en esta franja de edad. Deseo de "escape", dolor físico o problemas somáticos, reducción de funcionalidad y de autonomía, percepción de soledad, problemas sociales, conflictos familiares, y una total falta de razones y sentido para seguir viviendo. La depresión, es uno de los factores de riesgo más importantes en las tentativas de suicidio y en el suicidio, pudiendo ser una consecuencia de las citadas anteriormente, en cambio, no es un motivo que se exprese activamente por parte de los ancianos, y como dijimos mucho menos en los hombres(23, 24). Todas estas razones, se convierten en los factores de riesgo más importantes tanto para los intentos de suicidio como para el suicidio en la edad avanzada(6, 25, 26).

Hasta ahora, la investigación sobre la conducta suicida tanto en la edad avanzada como en población general, se ha centrado especialmente en el estudio de los factores de riesgo y de protección para poder detectar perfiles con altas probabilidades de suicidio. En muchos casos, la técnica utilizada es la autopsia psicológica, con los sesgos que conlleva por su naturaleza retrospectiva(27). Por desgracia, los factores de riesgo más consolidados en la edad avanzada (presencia de un episodio depresivo, problemas físicos incapacitantes, duelos...) no ofrecen una buena especificidad en este grupo etario. Por ello, en los últimos tiempos, se está cuestionando la línea y el enfoque de estudio en el suicidio, sugiriendo la introducción

de técnicas que emplean nuevas tecnologías, y proponiendo un estudio y prevención casi personalizada(28).

Conwell et al.(26) proponen un modelo en el que se entiende al suicidio como un proceso de desarrollo que evoluciona en el tiempo, planteando en consonancia enfoques preventivos longitudinales –de más distales a más proximales al suicidio- y niveles de intervención –indicados, selectivos, y universales-, con programas a nivel comunitario, en centros de salud, o individualizados(29).

En el presente estudio se pretende describir el perfil sociodemográfico y clínico de los adultos mayores de 65 años que cometen un intento de suicidio en el área sanitaria de Santiago de Compostela en el periodo 2015 al 2017.

Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

Selección de la muestra

Todas las personas mayores de 65 años que fueron atendidas por el servicio de urgencias psiquiátricas y de interconsulta psiquiátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) por un intento de suicidio, en el periodo de Enero de 2015 a Diciembre de 2017, fueron entrevistadas y evaluadas. Se recogieron distintas variables clínicas y sociodemográficas de interés. Este registro se realiza a través de la historia Clínica Electrónica.

Este servicio de urgencias atiende todos los intentos de suicidio en su área sanitaria

de referencia, con una población de 384.852 habitantes. La media de población mayor a 65 años para esos tres años fue de 75.538 personas.

En total, el número de atenciones por intento de suicidio en mayores de 65 años en el periodo de 2015 a 2017 fue de n=80, correspondientes a 78 individuos.

Entendemos como “intento de suicidio” el acto autolesivo con intención de causar la muerte, con independencia del grado de letalidad y su intencionalidad real. En la práctica, utilizamos la nomenclatura revisada de Silverman et al.(30), en el estudio se incluirían los grupos de “Conducta suicida” A1, A2, C1 y C2.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa informático “IBM SPSS Statistics 20” para Macintosh. El nivel de significatividad utilizado fue para una $p < 0,05$.

Resultados

Variables sociodemográficas

En la tabla 1 mostramos las variables sociodemográficas de los intentos de suicidio que conforman la muestra a estudio.

Por grupos de edad observamos como a medida que aumenta la edad, los intentos brutos en nuestra muestra son menos numerosos, siendo de un 48.8% para el grupo de 65 a 74, de 38,8% de 75 a 84 años y el 12,5% de los 85 años en adelante.

La incidencia media para estos tres años fue de 35,3/100.000 hab.. Para hombres la incidencia media para estos tres años fue de 34,7/100.000 hab, mientras que en mujeres se reduce a 31,8/100.000 hab.

Ingresos previos

Respecto a la presencia de ingresos previos en Unidades de Agudos de Psiquiatría la media total fue de $0,44 \pm 0,898$, siendo de $0,21 \pm 0,485$ para hombres y $0,60 \pm 1,077$ para mujeres. 6 hombres y 17 mujeres presentaron ingresos previos en psiquiatría, por el contrario, 27 hombres y 30 mujeres no presentaban antecedentes de este tipo. Aún habiendo una mayoría de mujeres con antecedentes de ingreso la diferencia no es significativa ($p=0,080$).

Tentativas previas

En cuanto a los antecedentes de tentativas previas al episodio a estudio se hallaron diferencias significativas por sexo ($p<0,005$), siendo mayoritaria la presencia de esta variable en las mujeres.

Examinando el episodio índice (el primer intento de suicidio en la vida del individuo) observamos como 8 (10,1%) lo presentaron antes de los 65 años.

Método utilizado

En la tabla 2 mostramos los métodos utilizados en las tentativas estudiadas haciendo una comparación también por sexos. La diferencia fue significativa, $p<0,05$.

Grado de intencionalidad de la tentativa.

Para valorar el grado de intencionalidad realizamos una división dicotómica a partir de la escala de intencionalidad suicida de Beck(31), donde el grado de intencionalidad "medio-alto" correspondería a los grados medio y alto de dicha herramienta. Esta decisión fue tomada por no contar con la uti-

lización sistemática de esta escala en toda la muestra, recogiendo numerosas puntuaciones de forma retrospectiva a través de la historia clínica.

El nivel de intencionalidad suicida según la categorización dicotómica realizada mostro un nivel de significación estadística de $p>0,001$ en la comparación entre sexos. El 30,3% de hombres y el 68,1% de mujeres presentaron un grado de intencionalidad "baja", mientras que el 69,7% de hombres y el 31,9% de las mujeres alcanzaron un grado "medio-alto".

Diagnósticos principales según grupos de la CIE-10.

En la tabla 3 reflejamos los diagnósticos principales categorizados según codificación por grupos de la CIE-10. El nivel de significación estadística para esta variable según sexo fue de $p=0,030$. Existe significación estadística para el grupo de "Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto" (CIE-10) con una casi totalidad de mujeres, así como para el grupo de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos", donde prácticamente la mitad de la muestra con estos diagnósticos es hombre.

Estresantes/desencadenantes principales.

El desencadenante más frecuente fue el de "conflictiva intrafamiliar ($n=22$, 27,5%), seguido por las conflictivas conyugales ($n=6$, 7,5%), que consideradas en conjunto forman el 35% de la muestra. En un total de 12 individuos no es posible confirmar el desencadenante a través del análisis retrospectivo. Analizando la muestra según el sexo existe una significación estadística ($p=0,034$) (tabla 4).

Episodio índice <65 años vs. episodio índice ≥ 65 años.

Comparativa según la edad del episodio índice.

Se realizó una categorización de la edad del episodio índice entre los ocurridos por debajo de los 65 años y a partir de esta edad. En un caso no fue posible conocer la edad del episodio índice, por lo que el análisis fue para n=79.

Analizamos algunas características de las tentativas en relación a estos subgrupos (tabla 5).

Discusión

Incidencia

En relación a los datos sociodemográficos encontrados en nuestro estudio son similares a otros resultados de nuestro entorno. En cuanto a la incidencia encontrada en mayores de 65 años (35,3/100.000) está en consonancia con otros centros del estado como en Guipuzcoa (32,3/100.000), que a su vez es inferior a otras tasas del norte de Europa, 116,9/100.000 en Estocolmo, ambas procedentes del mismo estudio multicéntrico(16) donde la media para todos los centros fue de 61,4/100.000 hab.. En ámbito europeo encontramos cifras incluso inferiores, en Würzburg (Alemania) obtuvieron una tasa de 14/100.000(32). La tasa de incidencia de tentativas en población general registradas durante cinco años en el área sanitaria colindante a la nuestra (n=285) fue de 76,1/100.000, la media de edad fue de 35 ± 15 años(33).

Perfil sociodemográfico

Edad.

Al igual que en el estudio multicéntrico de De Leo et al.(16) la mayoría de intentos se concentran en el grupo más joven. Nuestra media de edad, 74,85±7,10, es prácticamente idéntica a este gran estudio europeo, 74,7 ± 6,9 (n=1734 tentativas), así como otros más recientes, 77± 7,9(34) o 78,6±7,94 (está muestra en mayores de 60 años)(35).

Sexo

La proporción entre hombres y mujeres de 2:3 está en línea con otras anteriores(17, 36, 37), pero varía respecto al porcentaje de 5:2 de otros estudios(38).

Estas diferencias desaparecen en los grupos de edades centrales (en nuestro caso 75-84 años) del mismo modo que en el estudio multicéntrico, aunque en este caso situaron el grupo central entre los 70-80 años(16).

Otros

En nuestra muestra el 50% estaba casado, un 28,7% estaba viudo, y un 15% separado o divorciado, mientras que solo el 5% estaba soltero/a. Esta variable está asociada a factores culturales, habiendo una gran variación entre los diferentes países. En la muestra guipuzcoana, francesa, y Suiza también había una mayoría de individuos casados(16). En cuanto al sexo, también encontramos una mayor proporción de viudas entre las mujeres (36,2%), que entre los hombres (18,2%), pero en ambos casos el mayor porcentaje dentro de cada grupo fue para los casados/as (66,7% en hombres, 38,3% en mujeres), cuando en la muestra europea las mujeres eran mayoritariamente viudas (50%).

Respecto al nivel de educación académica encontramos mayoritariamente un nivel bajo, 77,5%. Estas cifras van en consonancia con el nivel educativo de la población española mayor de 65 años, donde el 70% tiene estudios primarios, y un 7% son analfabetos, es decir, el 77% (IMSEORSO, 2016), para la población gallega los porcentajes son similares. No podemos comparar con otras cohortes de edad pero probablemente este en la línea de un menor nivel educativo respecto a muestras con tentativas en generaciones más jóvenes, evidentemente por mayores dificultades en el acceso a la educación en esta generación(38).

El tipo de convivencia también varía entre los distintos países, en el estudio de la OMS/EURO en general predominan los individuos que viven solos (40,9%), pero de nuevo las diferencias las marcan las muestras en Guipuzcoa, Berna, Innsbruck y Padova, donde la mayoría viven en pareja, al igual que en nuestra muestra (33,8%). Aún así, este porcentaje es similar al porcentaje de toda la muestra europea que vive en pareja(31,2%). Al igual que estos estudios, la mayoría de los hombres viven en pareja (54,5%). Por otra parte, la mayoría de las mujeres viven solo con los hijos/as (29,8%) en nuestra muestra, siendo mayoría las que viven solas en el resto de centros europeos. En el total de la muestra las personas que vivían solas fue del 21,1%. Estas cifras de convivencia son similares a las de la población española mayor de 65 años, donde el 22,4% viven solas, siendo la mayoría mujeres(39), por lo que no sería un factor diferenciador de forma individual. En nuestro estudio no existen individuos residentes en centros sociosanitarios, al igual que en la mayoría de estudios, estas cifras están probablemente sesgadas por el abordaje de los episodios en los mismos centros.

Por la incidencia de tentativas, estado ci-

vil, tipo de convivencia, nivel educativo y, probablemente -aunque no evaluado en este estudio- prácticas religiosas de mayoría católica, nuestra muestra coincide con el subgrupo diferenciado que conforman Würzburg (Alemania) y los países del sur de Europa en la muestra de la OMS/EURO(16).

Perfil de las tentativas

Tentativas previas

Según la revisión de Chan et al.(38) la presencia de tentativas previas varía desde 11,9-61,7%, y en la revisión de Draper et al. de estudios de 1985-1994 fue de 7-45%. En nuestra muestra se encuentra en un punto intermedio del 25%, similar a la encontrada por Dennis et al.(29%)(34) pero la mitad de un reciente estudio taiwanés (n=43, >60 años), con un 53,5%.

De los "repetidores", un 25% realizó la penúltima tentativa el año previo, en contraste con el 11,9% del estudio de la OMS/EURO.

La edad media de los que no presentaban tentativas previas fue de $75,58 \pm 7,368$, y la media de los "repetidores" fue de $73,17 \pm 5,945$, como vemos, los "repetidores" eran más jóvenes, al igual que el estudio europeo, pero en nuestro caso la diferencia no fue significativa ($p=0,190$), probablemente por el tamaño muestral.

Métodos utilizados

En la mayoría de intentos de suicidio en adultos mayores se utiliza la sobreingesta medicamentosa, también en nuestro estudio, con un 48,8%, similar a algunos estudios previos como Lykouras et al. (55%)(40), Liu et al. (48%)(35), o Nieto et al. en España (42%)(41) aunque en este estudio se trataba de una comparativa de pacientes con depre-

sión y síntomas psicóticos y depresivos sin cuadro psicótico. En el resto el porcentaje es mayor, 69,1-89%(16, 36, 42-45).

La tendencia mayoritaria de las mujeres por la sobreingesta medicamentosa y la tendencia de los hombres a métodos más letales se refleja en nuestra muestra al igual que estudios previos(38, 42). Llama la atención el porcentaje de intentos de ahorcamiento de nuestra muestra (20%) comparado con otras muestras europeas donde este porcentaje es realmente bajo, 2,5-4,8%(38), acercándose más a muestras asiáticas, 9,3-19,2%(46, 47), donde los métodos con más letalidad tienen una mayor frecuencia. Del mismo modo ocurre con la utilización de métodos cortantes (21,3%), donde nuestro porcentaje es superior al de estudios anteriores (2-18%)(38) y de nuevo con tendencia similar a población asiática, 27,9%(35).

Intencionalidad

Al igual que comentamos en el apartado anterior sobre el mayor uso de métodos con mayor letalidad en los hombres, también encontramos un mayor grado de intencionalidad en estos ($p < 0,001$). En comparación con el estudio de Hepple y Quinton donde se dividieron los grados en tres (alto-40%, medio-23%, bajo-28%) en nuestra muestra encontramos una mayor proporción de individuos con un grado de intencionalidad "bajo" (52,5%), y en grado "medio-alto" (correspondiente a medio-alto) de un 47,5% (63% en el estudio comentado). De todos modos, esta lectura de resultados está limitada, ya que no se sistematizó la recogida de variables de la escala de Beck como se comentó. Aun así, creemos que hay que tenerlos en cuenta, ya que el grado de intencionalidad estaba relacionado con la decisión de ingreso (psiquiátrico o no psiquiátrico), un 81,6% de los

individuos con un grado de intencionalidad "medio-alto" fueron ingresados, mientras que solo el 30,9 % de los "bajos" se admitieron en el Hospital ($p < 0,001$).

Diagnósticos

Los diagnósticos mayoritarios fueron los trastornos afectivos (41,3%), seguidos por los trastornos neuróticos, relacionados con estresantes o somatomorfos (25%) y los trastornos de personalidad (21,3%). Esta mayor frecuencia de trastornos afectivos es común a la mayoría de estudios anteriores, aunque muy variable en los porcentajes, desde 25,4-93%(34, 38, 42). Nuestro porcentaje de Trastornos de personalidad contrasta con la mayoría de estudios anteriores, donde los porcentajes suelen ser bajos (2,5-7%)(38), aunque en estudios más antiguos las cifras llegaban a 23-26%(42, 48). Estas diferencias son debidas a la forma de confirmar diagnósticos, algunos utilizando diagnósticos clínicos mientras que otros se basan en criterios diagnósticos más rígidos; otros considerando varios ejes, o realizando diagnósticos de forma retrospectiva, mientras que otros lo hacían prospectivamente en citas posteriores a la tentativa. En nuestra muestra solo hemos considerado el diagnóstico principal. Por ejemplo, en el estudio de Draper et al.(48) los trastornos de personalidad se consideraron "diagnósticos secundarios". La comorbilidad de los Trastornos de Personalidad con los trastornos afectivos es bien conocida(49). En nuestro estudio un gran porcentaje de los individuos con Trastornos de personalidad presentaban como diagnóstico comórbido el de Distimia, en la CIE-10, situado en los Trastornos afectivos, por lo que la elección del diagnóstico principal influye en nuestro análisis. El bajo porcentaje (3,8%) de trastornos psicóticos mantiene la línea de estudios

previos(38). En nuestra muestra únicamente el 2,5% presentaba un trastorno relacionado con el alcohol, aunque los porcentajes de estudios previos pueden variar de 5-32%, la mayoría de estudios se encuentran por encima del 10%(42). De nuevo, la utilización únicamente del diagnóstico principal así como las diferencias en el procedimiento diagnóstico, deben influir en esta variabilidad. Lo que parece claro, más allá del diagnóstico, es que la presencia de sintomatología depresiva está presente en prácticamente toda la muestra. De todos modos, no parece que sea de tal magnitud como para diagnosticar un trastorno depresivo. En el estudio caso-control de Liu y Chiu(35) con 43 individuos mayores de 60 años con intentos de suicidio, llegaron a poder detectar un trastorno depresivo en un 60% de la muestra con entrevista clínica un mes después del episodio, y el 69,8% puntuaba más de 5 puntos en la Brief Symptom Rating Scale, esta sintomatología era significativamente mayor que el grupo control. En este mismo estudio el 16,3% cumplía criterios de demencia, en nuestra muestra 3 individuos cumplían criterios de trastornos categorizados dentro de F00-F09, pero ninguno llegaba a cumplir criterios de demencia.

Estresantes/desencadenantes

El desencadenante mayoritario de una forma clara fueron los relacionados con la conflictiva intrafamiliar, que en suma se llegan a 36,3%. Los datos que se conocen de algunos estudios previos que valoraban este tipo de variable van en consonancia con estos resultados, en dos de ellos los porcentajes fueron de 38-44%(42), o 30,2%(35). En cambio, en un reciente estudio cualitativo sobre tentativas en población sueca mayor de 70 años, los problemas interpersonales y familiares solo supusieron el 12,9% de los motivos, el moti-

vo más prevalente (28,7%) fue “escapar” de la vida(23). En nuestro estudio este último motivo no se registró, probablemente esta diferencia es debido a la naturaleza cualitativa del estudio sueco. Respecto al bajo porcentaje de conflictivas intrafamiliares puede estar en relación con el alto porcentaje de personas que vivían solas en Suecia(68%), comparado con nuestro estudio (21,3%).

Un 20% presentaban desencadenantes relacionados con la salud física, en el estudio de Pierce et al.(50), un tercio de la muestra indicaba un factor de salud física como estresante principal, de todos modos el estado de salud física es un mal discriminador entre personas con riesgo suicida y el resto a estas edades(42).

5 personas (6,3%) reflejaron la viudedad como estresante principal, además, 4 de ellos quedaron viudos en el último año. Nuestras cifras contrastan con los estudios de Draper et al. y Smichd et al. citados anteriormente, donde se refleja un porcentaje de 13-44%, además mayoritario en los hombres, al contrario que nuestra muestra.

El 16,3% estaba directamente relacionado con descompensaciones psicopatológicas, contrastando con la muestra de Murphy et al.(51), donde hallaron un 30%.

Estos menores porcentajes podrían estar en relación con el 15% de nuestra muestra que no se consiguió esclarecer el desencadenante o no se recogió debidamente durante la evaluación.

Episodio índice <65 años vs. >65 años

La edad del episodio índice fue desde los 20 años hasta los 91 años, similar al estudio de Liu et al. de tentativas mayores a 60 años (n=43), donde fue desde los 25 a los 92 años(35).

En nuestro estudio encontramos un perfil claro diferenciador entre los individuos con un episodio índice por debajo de los 65 años y el resto. Las personas con un intento previo a los 65 años que repiten tentativas más allá de esta edad son principalmente mujeres ($p<0,05$), con ingresos psiquiátricos previos ($p<0,01$) y con algún trastorno de la personalidad ($p<0,01$). Esto va en consonancia con el perfil clásico de los “repetidores” de tentativas(52) y permite a nivel psicogeriátrico concretar un subgrupo de riesgo al que hay que prestar especial atención y que además, ya están identificados.

Conclusiones

- Las personas de más de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela que cometen un intento de suicidio cumplen el perfil sociodemográfico correspondiente a los países del sur de Europa: menor incidencia de intentos de suicidio, casados como estado civil mayoritario, mayor convivencia en pareja y/o con familiares, y bajo nivel educativo.
- Las personas con intentos de suicidio previos a los 65 años que realizan nuevos intentos más allá de esta edad son: principalmente mujeres con diagnóstico de algún Trastorno de la Personalidad y con ingresos previos en Unidades de Psiquiatría.
- Para futuros estudios sobre conducta suicida se hace imprescindible analizar muestras que incluyan igualmente personas con tentativas y con suicidios, dado que numerosos individuos se solapan en ambos subgrupos y, por lo tanto, existe un sesgo muestral por definición.

Tablas

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los intentos de suicidio en mayores de 65 años.

		n=80	%
Sexo	Hombre	33	41,3
	Mujer	47	58,8
	H:M	2:3	
Edad	74,85±7,104 (65-91)		
	H:76,19±9,424		
	M:73,92±6,473		
País de nacimiento	España	77	96,3
	Brasil	1	1,3
	Portugal	2	2,5
Estado civil	Soltero	4	5
	1º matrimonio	40	50
	Divorciado	8	10
	Viudo	23	28,7
	Separado	4	5
	No preguntado	1	1,3
Viudead	Nunca	55	68,8
	Doce meses previos	3	3,8
	Hace más de un año	18	22,5
	Seis meses previos	2	2,5
	Desconocido	1	1,3
	En el último mes	1	1,3
Tipo de convivencia	Vive solo	17	21,3
	Con pareja sin hijos	27	33,8
	No preguntado	1	1,3
	Con pareja e hijos	13	16,3
	Solo con hijos	17	21,3
	Vive con padres	1	1,3
	Con nieto/a	1	1,3
	Otros familiares	2	2,5
	En institución	1	1,3
Nivel de estudios	No preguntado	9	11,8
	Bajo	62	77,5
	Medio	7	8,8
	Alto	2	2,5
Empleo	Jubilado/a	80	100

Tabla 2. Método utilizado en la tentativa según sexo.

Método	H (n, %)	M (n, %)	Total (n, %)
Ingestión de tóxicos y medicamentos	10 (30,3)	29 (61,7)	39 (48,75)
Instrumento cortante	9 (27,27)	8 (17)	17 (21,25)
Ahorcamiento	10 (30,3)	6 (12,76)	16 (20)
Saltar desde altura	0 (0)	1 (2,12)	1 (1,25)
Ahogamiento	1 (3)	3 (6,38)	4 (5)
Inhalación de gases	1 (3)	0 (0)	1 (1,25)
Otros	2 (6)	0 (0)	2 (2,50)
Total	33	47	80
			p=0,021

Tabla 3. Diagnósticos principales según grupos de la CIE-10.

Método	Desc.	F00-09	F10-19	F20-29	F30-39	F40-49	F60-69	Total
Hombre	1 (30,3)	1 (30,3)	1 (30,3)	1 (30,3)	15 (45,5)	13 (39,4)	1 (30,3)	33
Mujer	1 (21,3)	2 (42,6)	1 (21,3)	2 (42,6)	18 (38,3)	7 (14,9)	16 (34)	47
Total (n, %)	2 (2,5)	3 (3,8)	2 (2,5)	3 (3,8)	33 (41,3)	20 (25)	17 (21,3)	80

Tabla 4. Estresantes/desencadenantes principales en muestra total y por sexos.

	Hombre	Mujer	Total n (%)
Desconocido	4 (12,1)	8 (17)	12 (15)
Viudedad	1 (30,3)	4 (8,5)	5 (6,3)
Vivir solos/soledad	0 (0)	2 (4,3)	2 (2,5)
Pérdida de funcionalidad	7 (21,2)	2 (4,3)	9 (11,3)
Problemas físicos menores	1 (30,3)	0 (0)	1 (1,3)
En relación a cuadro depresivo mayor	4 (12,1)	3 (6,4)	7 (8,8)
Dolor importante	1 (30,3)	2 (4,3)	3 (3,8)
Económicos	1 (30,3)	0 (0)	1 (1,3)
Fallecimiento seres queridos	0 (0)	1 (2,1)	1 (1,3)
Enfermedad grave	3 (9)	0 (0)	3 (3,8)
Enfermedad grave ajena	0 (0)	1 (2,1)	1 (1,3)
Conflictiva intrafamiliar	7 (21,2)	15 (31,9)	22 (27,5)
Desagrado/conflictiva relación conyugal	1 (30,3)	6 (12,8)	7 (8,8)
En relación a cuadro delirante	3 (9)	3 (6,3)	6 (7,5)

Tabla 5. Comparativa de tentativas según edad de episodio índice (<65 <años vs. >=65 años).

		≤65 años	≥65 años	Total (n=79)	p
Sexo	Hombre	1	32	33	0,033
	Mujer	8	38	46	
Ingresos previos	SI	6	16	22	0,009
	NO	3	54	57	
Estresantes/ desestresantes	Desconocido o inexistente	3	9	12	0,644
	Viudedad				
	Vivir solos/soledad	0	5	5	
	Pérdida de funcionalidad	0	2	2	
	Problemas físicos menores	0	9	9	
	Dolor importante	0	1	1	
	Económicos	0	3	3	
	Fallecimiento seres queridos	0	1	1	
	Enfermedad grave	0	1	1	
	Enfermedad grave familiar	0	3	3	
	Conflictiva intrafamiliar	0	1	1	
	Desagrado/conflictiva conyugal	4	17	21	
	En relación a cuadro depresivo	1	6	7	
	En relación a cuadro delirante	1	6	7	
Método empleado	Ingestión de tóxicos y medicamentos	5	33	38	0,127
	Ahorcamiento	1	15	16	
	Instrumento cortante	1	16	17	
	Saltar desde altura	1	0	1	
	Inhalación de gases	0	1	1	
	Ahogamiento/inmersión	1	3	4	
	Otros	0	2	2	
	Desconocido	1	1	2	
Categoría CIE-10	F00-09	0	3	3	0,007
	F10-F19	0	2	2	
	F20-F29	0	3	3	
	F30-F39	1	32	33	
	F40-F49	1	19	20	
	F60-F69	6	10	16*	
Intencionalidad	Dudosa	7	34	41	0,089
	Cierta	2	36	36	

*p<0,01

Referencias bibliográficas

1. WHO. Preventing Suicide - 2014 A Global Imperative. available: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
2. INE. España en Cifras 2017. 2017.
3. SCIII. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III Madrid. 2018. <http://docplayer.es/71194802-Salud-mental-y-salud-publica-en-espana-vigilancia-epidemiologica.html> - show_full_text.
4. Isometsa ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry*. 2001 Nov;16(7):379-85. PubMed PMID: 11728849.
5. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun;182:537-42. PubMed PMID: 12777346.
6. Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):179-83. PubMed PMID: 24786686.
7. Freedenthal S. Challenges in assessing intent to die: can suicide attempters be trusted? *Omega*. 2007;55(1):57-70. PubMed PMID: 17877081.
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Jun;37(3):264-77. PubMed PMID: 17579539.
9. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996 Fall;26(3):237-52. PubMed PMID: 8897663.
10. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. PubMed PMID: 26772209.
11. Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicidio y psiquiatría - Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Editorial Triacastela. 2011.
12. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:133-54. PubMed PMID: 18653727. Pubmed Central PMCID: 2576496.
13. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study]. *Med Clin (Barc)*. 2007 Oct 13;129(13):494-500. PubMed PMID: 17980118. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD.

14. McIntosh JL. Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav.* 1992 Spring;22(1):15-35. PubMed PMID: 1579984.
15. Frierson RL. Suicide attempts by the old and the very old. *Arch Intern Med.* 1991 Jan;151(1):141-4. PubMed PMID: 1985589.
16. De Leo D, Padoani W, Scocco 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 Mar;16(3):300-10. PubMed PMID: 11288165.
17. Lawrence D, Almeida OP, Hulse GK, Jablensky AV, Holman CD. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med.* 2000 Jul;30(4):813-21. PubMed PMID: 11037089.
18. Mateos R, Gómez-Beneyto M, Domínguez MD, Haro JM, Montero I, PE M. Prevalencia dos Trastornos Mentais en Galicia. Informe del Estudio de Epidemiología Psiquiátrica sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Galicia, encargado por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) a la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP). Disponible en https://librariaxuntagal/sites/default/files/downloads/publicacion/prevalencia_dos_trastornos_mentais_galego_def2pdf 2017.
19. Van Orden KA, Conwell Y. Issues in research on aging and suicide. *Aging Ment Health.* 2016;20(2):240-51. PubMed PMID: 26179380. Pubmed Central PMCID: 4809416.
20. Goni-Sarries A, Blanco M, Azcarate L, Peinado R, Lopez-Goni JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema.* 2018 Feb;30(1):33-8. PubMed PMID: 29363468.
21. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Pares G, Martinez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebria-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017 May 4;17(1):163. PubMed PMID: 28472923. Pubmed Central PMCID: 5415954.
22. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Jr., Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav.* 2016 Jun;46(3):352-62. PubMed PMID: 26511788. Pubmed Central PMCID: 5061092.
23. Van Orden KA, Wiktorsson S, Duberstein P, Berg AI, Fassberg MM, Waern M. Reasons for attempted suicide in later life. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015 May;23(5):536-44. PubMed PMID: 25158916. Pubmed Central PMCID: 4305033.
24. Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis.* 2011;32(4):194-203. PubMed PMID: 21940260.
25. Ajilore OA, Kumar A. Suicide in Late Life. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide.* Frontiers in Neuroscience. Boca Raton (FL)2012.

26. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Jun;34(2):451-68, ix. PubMed PMID: 21536168. Pubmed Central PMCID: 3107573.
27. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kolves K. Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res.* 2013 Jul;47(7):980-8. PubMed PMID: 23522934.
28. Barrigon ML, Baca-Garcia E. Current challenges in research in suicide. *Revista de psiquiatría y salud mental.* 2018 Jan - Mar;11(1):1-3. PubMed PMID: 29169999. Retos actuales en la investigación en suicidio.
29. Lapiere S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis.* 2011;32(2):88-98. PubMed PMID: 21602163. Pubmed Central PMCID: 3728773.
30. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Jun;37(3):248-63. PubMed PMID: 17579538.
31. Beck AT, Schuyler D, herman I. Development of suicide intent scales. In *The Prediction of Suicide.* Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ (eds) Charles Press: Bowie MI. 1974b:45-56.
32. DeLeo D, Bille-Braha U, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Kerkhof A, et al. Parasuicide in the elderly: Results from the WHOiEU-RO Multicentre study, 1989-1993. A short report. *IPA Bull.* 1994;11:15-7.
33. Vázquez TAR, Cesareo & López-Rivadulla, Manuel & Cruz Landeira, Angelines & Abellas Alvarez, Concepcion. . Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2012;24:121-5.
34. Dennis MS, Wakefield P, Molloy C, Andrews H, Friedman T. A study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. *Aging Ment Health.* 2007 Sep;11(5):520-5. PubMed PMID: 17882589.
35. Liu IC, Chiu CH. Case-control study of suicide attempts in the elderly. *Int Psychogeriatr.* 2009 Oct;21(5):896-902. PubMed PMID: 19538823.
36. De Leo D, Padoani W, Lonngqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, et al. Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord.* 2002 Dec;72(3):291-5. PubMed PMID: 12450647.
37. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry.* 1996 Aug;169(2):202-8. PubMed PMID: 8871797.
38. Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007 Aug;22(8):720-32. PubMed PMID: 17310495.

39. IMSERSO. INFORME 2016: Las personas mayores en España. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-personas.pdf.
40. Lykouras L, Gournellis R, Fortos A, Oulis P, Christodoulou GN. Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behaviour. *J Affect Disord*. 2002 May;69(1-3):225-9. PubMed PMID: 12103470.
41. Nieto E, Vieta E, Lazaro L, Gasto C, Cirera E. Serious suicide attempts in the elderly. *Psychopathology*. 1992;25(4):183-8. PubMed PMID: 1492141.
42. Draper B. EDITORIAL REVIEW Attempted Suicide in Old Age. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*. 1996;11(7):577-87.
43. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav*. 2002 Spring;32(1):1-9. PubMed PMID: 11931007.
44. Marriott R, Horrocks J, House A, Owens D. Assessment and management of self-harm in older adults attending accident and emergency: a comparative cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Jul;18(7):645-52. PubMed PMID: 12833309.
45. Hepple J, Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1997 Jul;171:42-6. PubMed PMID: 9328493.
46. Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K, Asakawa O, Kido M, Onose H, et al. Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide attempters. *Int Psychogeriatr*. 1995 Summer;7(2):239-51. PubMed PMID: 8829430.
47. Chiu HF, Lam LC, Pang AH, Leung CM, Wong CK. Attempted suicide by Chinese elderly in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 Nov;18(6):444-7. PubMed PMID: 8937913.
48. Draper B. Suicidal behaviour in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1994b;9:655-61.
49. Vilaplana M, McKenney K, Riesco MD, Autonell J, Cervilla JA. Depressive comorbidity in personality disorders. *Revista de psiquiatria y salud mental*. 2010 Jan;3(1):4-12. PubMed PMID: 23017486.
50. Pierce D. Deliberate self harm in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1987;2(105-110).
51. Murphy E, Kapur N, Webb R, Purandare N, Hawton K, Bergen H, et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *Br J Psychiatry*. 2012 May;200(5):399-404. PubMed PMID: 22157801.
52. Oh SH, Park KN, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med*. 2011 Oct;29(8):908-12. PubMed PMID: 21641159.