

Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática

Risk and protective factors for suicide in older people: a systematic review

Fecha de recepción: 24-9-2020

Fecha de aceptación: 25-06-2021

Aruca Calderón-Cholbi

Universidad Internacional de Valencia. España

Joaquín Mateu-Mollá

Universidad Internacional de Valencia, Valencia (España)

Laura Lacomba-Trejo

Universitat de Valencia. España

resumen/abstract:

La esperanza de vida se ha incrementado notablemente, no obstante, el suicidio es la principal causa de deceso no natural en la población mayor de 70 años. El objetivo de la presente investigación consistió en realizar una revisión de la literatura acerca de los factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores. Se realizó una revisión sistemática desde el enfoque PRISMA utilizando las bases de datos: PubMed, LILACS, SciELO, Google Académico y Dialnet. Se emplearon distintos descriptores en términos DeCS y MeSH con el operador booleano "AND" y, finalmente, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, obtuvimos 25 artículos. Los estudios revisados muestran que entre los factores de riesgo más comunes aparecen: ser hombre, en el suicidio consumado y, mujer, en los intentos suicidas; padecer un problema de salud mental y percibir gran soledad. Entre los factores de protección destacan: las creencias junto con las prácticas religiosas, tener razones para vivir e hijos y confiar en las propias habilidades de afrontamiento. Con el análisis de los factores de riesgo y protección, se pueden plantear planes de acción sociales y sanitarios que atiendan a los adultos mayores, con el objetivo de prevenir las muertes debidas al suicidio.

Life expectancy has increased notably; however, suicide is the main cause of unnatural death in the population over 70 years of age. The aim of this research was to review the literature on risk and protective factors for suicide in the elderly. A systematic review was carried out using the PRISMA approach using the databases: PubMed, LILACS, SciELO, Google Scholar and Dialnet. We used different descriptors in DeCS and MeSH terms with the Boolean operator "AND" and, finally, taking into account the inclusion and exclusion criteria, we obtained 25 articles. The studies reviewed show that the most common risk factors include being male, in completed suicide, and female, in suicide attempts; having a mental health problem and perceiving great loneliness. Among the protective factors are beliefs together with religious practices, having reasons to live and children, and having confidence in one's own coping skills. With the analysis of risk and protective factors, social and health care action plans can be developed for older adults, with the aim of preventing deaths due to suicide.

palabras clave/keywords:

Suicidio; factor de riesgo; factor de protección; personas mayores
Suicide; risk factor; protection factor; older people

Introducción

La última etapa del ciclo vital es la vejez, caracterizada por múltiples cambios físicos y mentales (Organización Mundial de la Salud, 2015). El envejecimiento es un fenómeno gradual y diferente en cada persona que culmina con la muerte (Hoyl, 2016).

Cada día la sociedad es más longeva, debido generalmente al descenso de las enfermedades infecciosas, la mortandad infantil y perinatal, y el progreso de programas de promoción de la salud (Reyes y Castillo, 2011). Así, en España la situación se asume como un importante reto, debido a que la población de personas mayores de 65 años ha variado de un 8,2% en 1960 a un 22,9% en 2020, proporción que se incrementará en 2050 hasta llegar al 31,4% de personas mayores de 65 años y al 11,6% de mayores de 80 años (Conde-Ruiz y González, 2021).

No obstante, según la OMS (2019), cada año se suicidan 800.000 personas, siendo esta la principal causa de deceso en la población mayor de 70 años, pues en números relativos las tasas son hasta ocho veces mayores en adultos mayores que en otros grupos de edad, debido especialmente al uso de metodologías más letales, es decir, metodologías que tienen una probabilidad mayor de acabar con la vida de una persona en un primer intento (Álvarez et al., 2020; Bachmann, 2018).

El suicidio ocupa una de las diez principales causas de muerte en todo el mundo, siendo un problema de salud mundial (Navas, 2013). Concretamente en España, ocupa la principal causa de muerte no natural (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Los sentimientos de la persona que se suicida suelen hacer referencia a una tríada de soledad, abatimiento y vacío; destacando como características principales la ambivalencia, la impulsividad y la rigidez o dificultad para ver aspectos positivos para continuar viviendo (Nizama, 2011). En este contexto, la persona puede suicidarse por balance, es decir, porque se encuentra en una situación económica, social o familiar donde la vida carece de importancia y sentido, a pesar de su constante afán para conseguir lo opuesto (Echeburúa, 2015).

A pesar del impacto que tiene el suicidio en nuestra sociedad, en la actualidad continúa siendo un tabú. Este silencio se da desde diferentes prismas: por parte de las víctimas, al avergonzarse cuando verbalizan su pretensión; y, por parte de las familias, debido a que durante el duelo, pueden sufrir culpa o rodearse de personas que las juzguen o culpen, lo que genera negación y ocultación de lo sucedido (Sánchez, 2019). Además, el estigma, alrededor de los trastornos mentales y el suicidio, desalienta la búsqueda de asistencia de quienes tienen pensamientos o conductas suicidas, por lo que quedan sin la asistencia necesaria (OMS, 2019).

Los recursos y la calidad de las cifras sobre el suicidio, consumado o no, son deficientes. Si ya es escasa la explotación del tema a nivel de investigación, aún lo es más el hecho de comprobar la falta de literatura científica relacionada con el suicidio en el ámbito de las personas mayores (Ko et al., 2021). Por este motivo, el suicidio en personas mayores merece una investigación profunda. Es por ello que, el objeto principal de la presente investigación consiste en revisar de manera sistemática los estudios sobre la conducta suicida en personas mayores, indagando en la evidencia disponible sobre los factores de riesgo y protección.

Método

Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo con el estándar Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Shamseer et al., 2015).

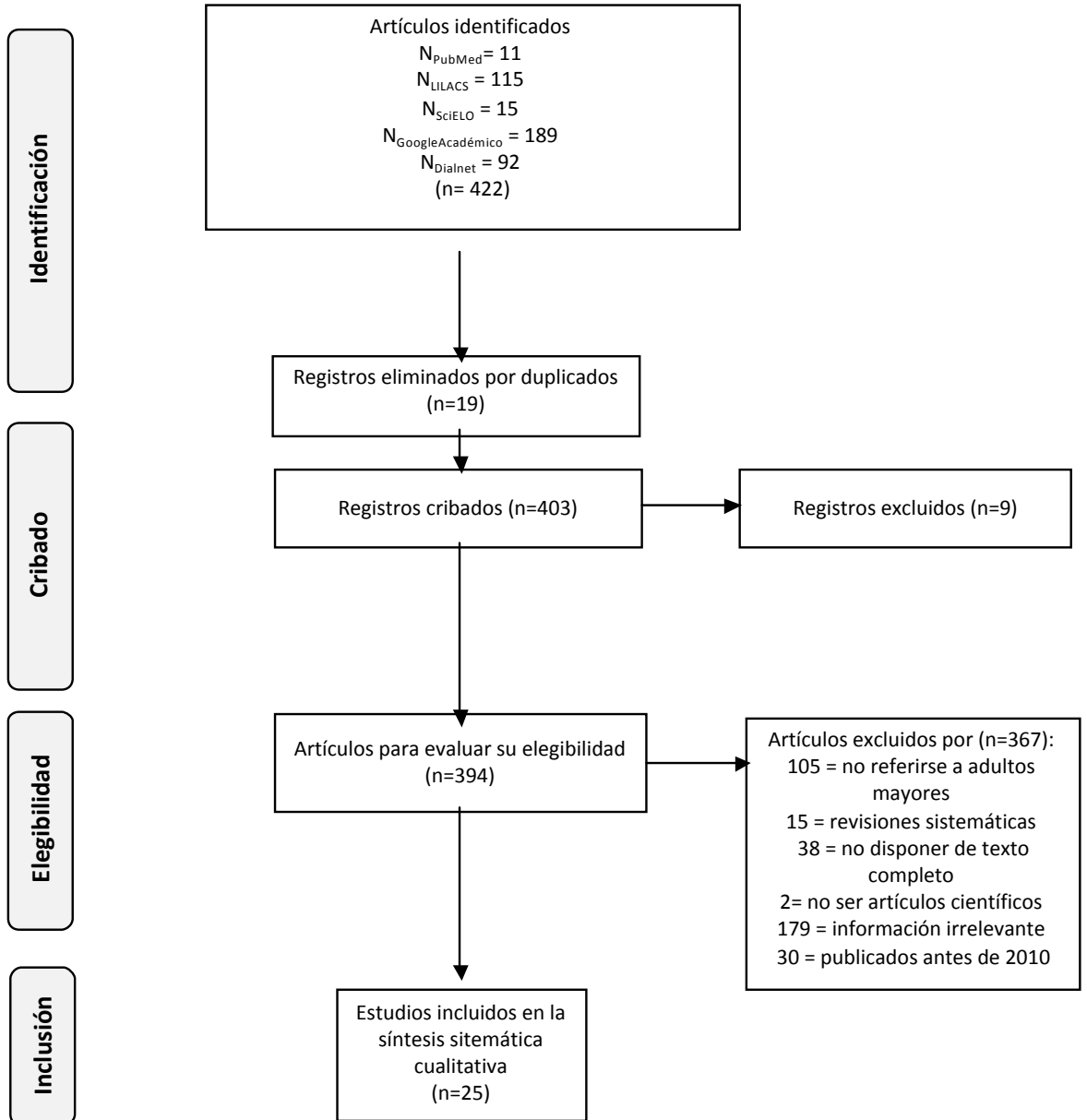


Figura 1: Diagrama de flujo de la revisión sistemática

Búsqueda de bibliografía

Las bases de datos PubMed, LILACS, SciELO, Dialnet y Google Académico, fueron consultadas por dos de las autoras de manera exhaustiva en busca de registros entre el año 2010 y 2020 que abordaran la temática a estudio. La búsqueda se realizó desde el 11 de noviembre de 2019 hasta el 7 de febrero de 2020. Basándose en la estrategia PICO (Sackett et al., 2000), se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo y factores de protección del suicidio en personas mayores? La búsqueda final combinó los elementos clave propuestos, basados en los términos DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSh (Medical Subject Headings). Así, se utilizaron las siguientes expresiones booleanas (en inglés y español): ((Aged) AND (Suicide) AND (Risk factors)), ((Aged) AND (Suicide) AND (Protective factors)).

Esta búsqueda obtuvo un total de 422 artículos. Tras la lectura de los títulos y abstracts, se eliminaron los 19 artículos duplicados y, después de lo anterior, se suprimieron aquellos estudios que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. En la figura 1 queda reflejado el diagrama de flujo de la información manejada para responder a la pregunta de revisión.

Criterios de inclusión y exclusión

Los estudios se incluyeron en la presente revisión sistemática si cumplían los siguientes criterios: (a) el estudio valoraba los factores de riesgo o protección ante el suicidio en adultos mayores (b) Los estudios incluían participantes con más de 60 años (c) si no eran exclusivamente de personas mayores, facilitaban los resultados por separado de estas personas (d) el estudio estaba publicado en inglés o español (e) los estudios exhibían el texto completo y no únicamente una parte de los mismos (f) había sido publicado entre 2010 y 2020 y (g) se contemplaron artículos principales de investigación cuantitativa.

Se excluyeron todos los estudios que fueran: (a) investigaciones cualitativas (b) trabajos publicados en congresos (c) diseños de caso único (d) protocolos de intervención sin resultados estadísticos (e) revisiones narrativas. Tras la aplicación de los criterios, se analizaron un total de 25 artículos.

Evaluación de la calidad

Se llevó a cabo una evaluación de las posibilidades de riesgo de sesgo de los estudios incluidos. Para ello, se utilizó una adaptación de la escala PEDro, realizada por Gómez-Conesa en 2012, con el apoyo de la Asociación Española de Fisioterapeutas y la Unidad de Metaanálisis de la Universidad de Murcia, que tiene en cuenta la evaluación de la validez interna y la información estadística proporcionada (Gómez, 2012). Concretamente evaluamos: asignación al azar y cegada, grupos similares al inicio de la terapia (cuando la hubo), sujetos, terapeutas o evaluadores cegados. Teniendo en cuenta que cuantos más elementos estuvieran cegados, la calidad del estudio era mayor. Así, se evaluó si: 1) la persona en cuestión no conocía a qué grupo había sido asignado el sujeto; 2) si las medidas de al menos uno de los resultados clave fueran obtenidas de más del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos, que se presentaran los resultados de todos los sujetos, o que los datos para al menos un resultado clave fueran analizados por “intención de tratar”; 3) que los resultados

de comparaciones estadísticas entre grupos fueran informados para al menos un resultado clave; 4) y que el estudio proporcionara medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave. Si los ítems estaban presentes se les valoraba con un 1, si no con un 0 (Gómez, 2012; Physiotherapy Evidence Database, 2020). Los estudios en los que los criterios señalados anteriormente fueron no aplicables (N/A), se señalaron.

Extracción de datos

Dos autores (ACC y JMM) desarrollaron un formulario de extracción de datos que se utilizó para obtener información relevante de los estudios incluidos. Esta información incluía: autor/es y año de publicación, muestra, resultados y principales conclusiones (Tabla 1).

Resultados

Perfil de la persona suicida: factores de riesgo y protección sociodemográficos

En referencia a las variables sociodemográficas de interés, los estudios consultados señalan que la intención suicida fue mayor entre las mujeres, representando entre el 58,79% y 64,60% de los casos de intención de suicidio (Moreno et al., 2012; Veríssimo et al., 2013). No obstante, la consumación de suicidio se dio en mayor proporción de hombres que de mujeres observándose cifras de entre el 67,50% hasta el 83,33% de los casos (Antón et al., 2013; González et al., 2012). Por otra parte, los datos de este trabajo muestran que a partir de los 60 años las cifras de intención y consumación del suicidio disminuyen (Castro, Rangel, Camacho y Rueda, 2010; Pacheco y Robles, 2011).

En cuanto al estado civil, el suicidio fue más prevalente en el caso de las personas que se encontraban solteras o sin pareja por circunstancias como la viudedad (Hawkins, Valencia, Caamaño y Ceballos, 2014; Veríssimo et al., 2013). Por otra parte, fue más común en personas con estudios primarios que con educación media o superior (Hawkins et al., 2014). Del mismo modo sucedió con la ocupación laboral, considerándose que estar en situación de desempleo, jubilación o incapacidad (Castro et al., 2010; Hawkins et al., 2014), triplicó el riesgo suicida y multiplicó el de las tentativas. En la línea de lo anterior, los problemas económicos se señalaron como un factor de riesgo muy relevante para el suicidio en los adultos mayores (González et al., 2012).

Una gran cantidad de los participantes de los estudios mostraron creencias o prácticas religiosas, especialmente la religión católica (entre un 44% y un 62,70%) (Hawkins et al., 2014; Veríssimo et al., 2013), y este factor se señaló como protector frente al suicidio, observándose que las personas con creencias o prácticas religiosas mostraron menos ideación y conducta autolítica (Antón et al., 2013).

Por último, los métodos más frecuentes fueron la intoxicación medicamentosa (entre el 42,20% y 60,30%) (García et al., 2010b), el ahorcamiento (9,50-14,3%) (Pacheco y Robles, 2011; Sau et al., 2014), el disparo con arma de fuego (5%), la defenestración (2,50%) y lanzarse a vehículos en movimiento (1,90%) (Antón et al., 2013).

Perfil de la persona suicida: factores de riesgo y protección psicológicos

En relación con las variables clínicas, observamos que presentar un problema de salud

mental fue un factor determinante, especialmente padecer un trastorno depresivo mayor (TDM), un trastorno por ansiedad o la comorbilidad entre ambos (Baca y Aroca, 2014; Rueda, Díaz, Rangel, Castro y Camacho, 2011). Cabe señalar que a medida que aumentaba la edad, se incrementaba la probabilidad de padecer dichos trastornos, siendo estos el principal factor de riesgo para el suicidio en los adultos mayores (Bethancourt et al., 2015). La conducta suicida se dio en menor medida en personas con trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite de la personalidad (TLP) o con trastornos por consumo de sustancias, principalmente por consumo de alcohol (Echávarri et al., 2015; Hawkins et al., 2014; Pacheco y Robles, 2011). Además, un gran porcentaje (56,30%) no estaban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico y un 31,90% no aportó esta información (Pacheco y Robles, 2011). Aspecto relevante debido a que recibir estos tratamientos o haber estado ingresado en un servicio médico o psiquiátrico fue un factor protector ante conductas suicidas futuras (Bostwick et al., 2016; Veríssimo et al., 2013). Añadido a lo anterior, el suicidio fue más probable cuando la persona lo había intentado previamente (López, 2017; Pacheco y Robles, 2011).

Asimismo, el estado de salud física también fue relevante en la predicción de la ideación y conductas suicidas, pues las personas con enfermedades crónicas presentaron mayor cantidad (Antón et al., 2013; Bomyea et al., 2015; García et al., 2010b).

Por otra parte, las variables familiares fueron determinantes en la intención y consecución del suicidio. Quienes se encontraron en familias disfuncionales que les generaban malestar emocional y en las que había un alto grado de conflictividad, mostraron mayor cantidad de intentos y de consumación suicidas (González y Martínez, 2011; Morales, Echávarri, Barros y Maino, 2017). Estas dificultades fueron frecuentes en adultos mayores (38%). En la línea de lo anterior, aquellos adultos mayores con hijos (Castro et al., 2010) o que gozaron de familias que les proporcionaron protección, afecto y comprensión, se suicidaron menos (Bethancourt et al., 2015). Ahora bien, aquellos adultos mayores que tenían antecedentes familiares de enfermedad mental (Antón et al., 2013), y de suicidio (Antón et al., 2013), duplicaron su riesgo (Baca y Aroca, 2014).

Otras variables que resultaron relevantes en la explicación del suicidio fueron el aislamiento y soledad percibida, presentes en el 50% de las personas que habían consumado el suicidio; así como la pérdida de seres queridos, la insatisfacción con las actividades cotidianas (62%) y la inactividad (44%) (Bethancourt et al., 2015; Peña-Caballero, 2011). En contraposición, las creencias de supervivencia, el afrontamiento y la presencia de razones para vivir funcionaron como factores protectores (Castro et al., 2010; Maino et al., 2019).

Tabla 1.- Resumen de resultados

Autor/es	Muestra	Variables evaluadas	Resultados y conclusiones	Escala PEDro
Dedic, Djordjevic, y Dedic, 2019	90 (50 con intentos suicidas y 40 sin)	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas y familiares. · Victimización en infancia · Afrontamiento · Depresión 	- Quienes intentaron suicidarse presentaron depresión, mecanismos de defensa inmaduros y presencia de victimización en la infancia por parte de compañeros y hermanos, y de abuso sexual.	6
Maino et al., 2019	544 (333 con conducta suicida actual y 211 sin)	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficos y clínicos · Vinculaciones afectivas en la infancia. · Sintomatología depresiva · Razones para vivir · Intervención psicológica · Ira 	- Las personas que intentaron suicidarse tenían generalmente pareja, convivían con ella y tenían más hijos que las que no. - Los factores de riesgo (FR) principales fueron el trastorno depresivo mayor (TDM), la ira y las dificultades relacionales; y, los factores protectores (FP), las creencias de supervivencia y afrontamiento.	8
Sánchez, Muela, y García, 2018	166 (45 con alta ideación y tentativa, 49 con alta ideación sin tentativa y 72 sin ideación y sin tentativa)	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Tentativas e ideación suicidas · Apoyo social · Personalidad · Autoestima · Habilidades sociales · Esperanza · Depresión · Optimismo 	- Los FR para la alta ideación y las tentativas fueron: los niveles bajos de apoyo social, optimismo, autoestima, control de impulsos y habilidades sociales, y altos de desesperanza y depresión.	6

López, 2017	481 personas con intentos suicidas	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas y clínicas. · Presencia de antecedente de intento suicida, de diagnóstico actual de trastorno mental, tipo y categorías diagnósticas y acceso a tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 19,54% había realizado al menos un intento suicida. - Los factores de riesgo fueron: ser mujer, tener un diagnóstico de trastorno mental, en el caso de las mujeres Trastorno depresivo no especificado (TDNE), así como dependencia de sustancias. En el de los hombres, el TDNE y la dependencia al alcohol. 	5
Morales, Echávarri, Barros, Maino, Armijo, Fischman, Núñez, Moya y Monari, 2017	707 personas con trastornos del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Personalidad · Depresión · Funcionalidad familiar · Riesgo suicida 	<ul style="list-style-type: none"> - Como FR en las personas que intentaron suicidarse, se observaron: personalidad más dependiente y autocrítica, mayor malestar interpersonal y disfuncionalidad familiar. - La satisfacción con el funcionamiento familiar mostró un efecto en la intencionalidad de morir en el momento del intento de suicidio. 	6

Bostwick, Pabbati, Geske, y McKean, 2016	1.490 personas con intentos suicidas	<ul style="list-style-type: none">· Sociodemográficas.· Características del suicidio· Índice Nacional de Defunciones y registros médicos y forenses	<ul style="list-style-type: none">- El 5,4% murieron por suicidio, es decir, el 62,8% de las personas a las que se les realizó la autopsia.- Después de excluir aquellos con evidencia de intento de suicidio previo, un total de 1.490 individuos habían hecho intentos de suicidio durante el periodo de estudio. 129 de ellos murieron durante este periodo de estudio y, de ellos, 81 (5,4%) fueron suicidios. 48 de los suicidios ocurrieron en el primer intento y 33 de los 1.442 supervivientes murieron posteriormente por suicidio.- Los FR fueron: edad avanzada se asoció con mayor probabilidad de muerte y con el índice de muerte, ser hombre se asoció con una mayor cantidad de intentos, el método (muerte por disparo) se asoció con mayor letalidad.- La atención y seguimiento en psiquiatría fueron un FP.	6
--	--------------------------------------	---	---	---

Bethancourt, Bethancourt, Moreno, y Saavedra, 2015	50 adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas y clínicas · Personalidad · Deterioro cognitivo · Actitud hacia el suicidio · Depresión · Funcionamiento Familiar · Riesgo psicosocial 	<p>- FR: ser mujer, presentar desesperanza, tener insomnio, angustia, apatía, síntomas depresivos (68%), autovaloración inadecuada (64%) y riesgo psicosocial severo (50%).</p>	4
Bomyea et al., 2015	1.002 personas que cumplían con los criterios DSM-IV para al menos un trastorno de ansiedad (FS, TAG, TEPT o TP).	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas y clínicas · Riesgo de suicidio · Prevención suicida · Distrés · Calidad de Vida · Discapacidad · Dolor · Catastrofismo · Apoyo social 	<p>- El 26% mostró ideación suicida pasiva, el 16% los pensamientos suicidas y el 18% intentos de suicidio.</p> <p>Los FR fueron: TDM, bajo apoyo social, discapacidad, problemas de salud, gravedad de los síntomas y dolor.</p>	8
Echávarri et al., 2015	193 personas que asistían a consultas de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas y clínicas · Riesgo suicida · Psicopatología · Razones para vivir 	<p>- FR para el intento de suicidio: presencia de trastornos del estado de ánimo y de trastorno límite de la personalidad (TLP).</p> <p>- FP: preocupación y afecto por la familia, no querer dañar a los amigos, y las creencias religiosas.</p>	8

<p>Baca y Aroca, 2014</p>	<p>782 personas que asistían a consultas de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas y clínicas. · Conducta suicida. · Psicopatología · Impulsividad 	<p>- La distribución de los diagnósticos en la muestra total fue: El 7,7% con trastornos de ansiedad, el 29,2% con TDM y el 27,7% entre ellos. El 35,4% presentaba otros diagnósticos (esquizofrenia, drogodependencia, trastornos adaptativos y trastornos de la alimentación). Se identificaron 552 pacientes con historia previa de intentos de suicidio.</p> <p>- Los FR: no tener hijos, la historia familiar de suicidio y la edad menor de 35 años, depresión comorbilidad ansiedad-depresión y abuso físico o sexual en la infancia.</p>	<p>7</p>
<p>Hawkins, Valencia, Caamaño, y Ceballos, 2014</p>	<p>61 personas internos con trastornos psiquiátricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Diagnóstico y hospitalizaciones 	<p>- FR: ser hombre, con diagnóstico psiquiátrico, los intentos previos de suicidio y presentar desesperanza.</p>	<p>8</p>
<p>Rodríguez, Santander, Aedo, y Robert, 2014</p>	<p>82 países publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Indicadores económicos · Indicadores de calidad de vida 	<p>- FR: menor paridad. de poder de compra y menor índice de desarrollo humano.</p>	<p>N/A</p>

<p>Sau, Fung, Chiu, Sau, y Yeates, 2014</p>	<p>77 adultos con intento de suicidio previo y 99 adultos sin intento de suicidio previo</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficos · Condiciones de vida 	<p>- FR: tener FR para enfermedades cerebrovasculares (mayor edad y presión arterial sistólica, tratamiento antihipertensivo, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, hipertensión, fibrilación auricular, hipertrofia ventricular izquierda y tabaquismo) en el caso de las mujeres, estar casado, padecer un TDM y antecedentes de intentos previos.</p>	<p>6</p>
<p>Antón et al., 2013</p>	<p>40 personas que se habían suicidado y 80 controles</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas, · Características personales y familiares · Psicopatología · Autopsia psicológica 	<p>- FR: ser hombre, vivir solo, no trabajar, presentar dificultades económicas o familiares y padecer un problema de salud mental, especialmente de personalidad</p> <p>- FP: creencias y prácticas religiosas.</p>	<p>7</p>
<p>Veríssimo et al., 2013</p>	<p>113 pacientes con intentos suicidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas y clínicas · Disfrute de las relaciones sociales y del trabajo · Internamiento psiquiátrico · Tipo de atención y derivación 	<p>- FR: ser mujer, no disfrutar del trabajo y haber tenido ingresos en psiquiatría.</p> <p>FP: atención hospitalaria y derivación al Centro de Atención Psicosocial.</p>	<p>7</p>

<p>González, Fajardo, Fajardo, Freixas, y Alba, 2012</p>	<p>95 adultos mayores de los cuales se incluyeron 24 que se suicidaron.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Tipo de suicidio 	<p>- El 25,53% se suicidó. El 79,16% tenían entre 60-79 años, el 54,2% tenían 60-69 años y el 25% 70-79 años.</p> <p>- FR: ser hombre, edad entre 60-69 años, método de intento de consumación de suicidio el ahorcamiento, soledad, problemas económicos, falta de apoyo familiar y uso de fármacos.</p>	<p>4</p>
<p>Moreno, Díaz, Soler, Brossard, y Carbonell, 2012</p>	<p>949 pacientes con conductas suicidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficos · Método de suicido empleado 	<p>- FR: ser hombre, utilizar el ahorcamiento como método. En el caso de las mujeres fueron más habituales las tentativas mediante el uso de psicofármacos, que la consecución.</p>	<p>5</p>
<p>Pérez, Gutiérrez, Contreras, y López, 2012</p>	<p>24 víctimas de suicidio, 21 decesos por violencia y 22 controles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Clínicas · Análisis hormonales 	<p>- FR en las personas que se suicidaron: testosterona elevada.</p>	<p>6</p>
<p>González y Martínez, 2011</p>	<p>74 adultos mayores con riesgo suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Salud física · Actitud hacia el intento suicida · Funcionalidad familiar 	<p>- FR: ser hombre, con edad aproximada de 75,5 años, vulnerables (a situaciones de crisis, con más probabilidades de enfermedad o morir), con afectación de la funcionalidad familiar. La edad promedio fue de 75,5 años.</p>	<p>6</p>

Pacheco y Robles, 2011	96 personas con conductas suicidas (48,4% tentativas de suicidio, 44,2% suicidios consumados y 7,4% ideación autolítica)	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Clínicas · Soporte vital azanzado · Personas durante el intento suicida · Diagnóstico 	<p>- FR: hombre, soltero, de 25-35 años, sin tentativa anterior, que había verbalizado sus intenciones y estaba en tratamiento médico, problemas de salud mental (trastornos depresivos, ansiosos, por consumo de sustancias, psicóticos o de la personalidad) y con la defenestración como método principal.</p>	6
Peña-Caballero, 2011	66 adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Aspectos familiares y de convivencia · Psicopatología · Participación social · Pérdida de un ser querido 	<p>- Entre los principales FR que potenciaban el suicidio se encontraban la depresión (60,6%), el miedo a la muerte (59%) y el duelo (56%); además de factores macrosociales, como la pérdida de papeles sociales (68,2%) o de seres queridos y amigos (57,6%); y, microsociales, como la no participación (66%) o la no aceptación (62%).</p>	4
Rueda, Díaz, Rangel, Castro, y Camacho, 2011	593 pacientes con pensamientos, planes, comportamientos o intentos suicidas	<ul style="list-style-type: none"> · Sociodemográficas · Psicopatología · Método de suicidio · Consecuencias de los intentos 	<p>- FR: TDM, método empleado la ingesta medicamentosa con daño físico sin peligro para la vida.</p>	6

temas de estudio

Aruca Calderón-Cholbi, Joaquín Mateu-Mollá y Laura Lacomba-Trejo

Castro, Rangel, Camacho, y Rueda, 2010	448 personas, 161 casos y 287 controles	<ul style="list-style-type: none">· Sociodemográficas· Clínicas· Dificultades familiares· Método de suicidio· Severidad del intento de suicidio	- FR: consumo de alcohol, problemas familiares, generalmente mediante la intoxicación y que generó daños físicos para la vida. FP: mayor edad, con hijos y con razones para vivir.	6
García, Rodríguez, Albarrán, y Santiago, 2010	67 personas con intentos suicidas y 134 controles.	<ul style="list-style-type: none">· Sociodemográficas· Psicopatología· Estado cognitivo· Impulsividad	- FR: depresión moderada o intensa, ansiedad e impulsividad elevadas.	6
García et al., 2010	106 personas con intentos de suicidio previos de alta y baja letalidad.	<ul style="list-style-type: none">· Sociodemográficos· Clínicos· Antecedentes personales y familiares.· Tentativas previas	- FR: ansiedad generalidad, trastorno depresivo persistente, tentativa de suicidio previa y antecedentes familiares de trastorno por consumo de alcohol.	7

Evaluación de la calidad

La Tabla 2 muestra las puntuaciones obtenidas por los artículos analizados tras la evaluación de los indicadores de calidad. Por lo general, la calidad metodológica de los estudios incluidos es adecuada, al superar la mayor parte de ellos los 6 puntos.

Tabla 2.- Evaluación de la calidad

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTAL
Dedic et al. (2019)	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	6
Maino et al. (2019)	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Sánchez et al. (2018)	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	6
López (2017)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	5
Morales et al. (2017)	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	6
Bostwick et al. (2016)	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	6
Bethancourt et al. (2015)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	4
Bomyea et al. (2015)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Echávarri et al. (2015)	1	0	1	1	0	SI	1	1	1	1	1	8
Baca y Aroca (2014)	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
Hawkins et al. (2014)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Rodríguez et al. (2014)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N/A
Sau et al. (2014)	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	6
Antón et al. (2013)	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
Veríssimo et al. (2013)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7
González et al. (2012)	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4
Moreno et al. (2012)	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5
Pérez et al. (2012)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6
González y Martínez (2011)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	6
Pacheco y Robles (2011)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6
Peña-Caballero (2011)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	4
Rueda et al. (2011)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6
Castro et al. (2010)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6
García et al. (2010a)	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	6
García et al. (2010b)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7

Discusión

El presente trabajo tiene el objetivo de conocer los factores de riesgo y protección ante la conducta e ideación suicida en adultos mayores. Para ello, se ha empleado una revisión sistemática mediante los estándares PRISMA (Shamseer et al., 2015). Tras una búsqueda exhaustiva, se han obtenido 25 estudios que han cumplido con los criterios de inclusión y exclusión especificados. Estas investigaciones se han centrado especialmente en valorar el papel de factores de riesgo como: la presencia de problemas de salud mental, los intentos previos de suicidio y las dificultades familiares. Fueron menos los estudios que señalaron los factores de protección como: las creencias de supervivencia y los motivos para estar vivo.

Nuestros resultados muestran que los principales factores de riesgo para la conducta e ideación suicida en adultos mayores son: el ser hombre, en el caso del suicidio consumado y, el ser mujer, si se trata de los intentos suicidas; sin ocupación ni pareja, sin creencias espirituales, con antecedentes propios o familiares de enfermedad mental o de intento o consecución suicida y con una alta percepción de soledad (Antón et al., 2013; Bostwick et al., 2016; González et al., 2012; Veríssimo et al., 2013). Estos datos van en la línea de otros estudios realizados en adultos que asociaban estos factores a una mayor morbimortalidad (Baca y Aroca, 2014; Castro et al., 2010; Hawkins et al., 2014; López, 2017; Peña-Caballero, 2011).

Los antecedentes propios y familiares de problemas de salud mental, especialmente del estado de ánimo y ansiosos, duplican el riesgo de suicidio en este colectivo (Antón et al., 2013; Baca y Aroca, 2014; Bethacourt et al., 2015). Asimismo, los intentos previos propios o familiares fueron variables muy relevantes en la predicción de la conducta e ideación suicida en adultos mayores (Baca y Aroca, 2014). Observamos cómo la familia fue un factor fundamental, pues los conflictos familiares fueron un importante detonante para la ideación y consecución del suicidio en adultos mayores. No obstante, el vivir en familias afectivas y responsivas fue un factor protector (Antón et al., 2013).

En la línea de lo anterior, nuestros resultados señalan la necesidad de tener en cuenta la soledad percibida en los adultos mayores, asociada fuertemente con la conducta suicida (Peña-Caballero, 2011). Otros autores habían señalado cómo el aislamiento y la soledad son factores de riesgo para la salud física y emocional (Mateu-Mollá, Lacomba-Trejo y Valero-Moreno, 2015).

Ahora bien, factores como tener una mayor edad o una ocupación, el haber recibido o recibir tratamiento médico o psicológico, encontrarse en familias afectivas, tener creencias religiosas y motivos para vivir, pueden funcionar como factores protectores (Antón et al., 2013; Bethancourt et al., 2015; Bostwick et al., 2016; Castro et al., 2010; Echávarri et al., 2015; Maino et al., 2019).

A pesar de las contribuciones de nuestro trabajo, cabe señalar que los estudios que cumplían con los criterios de inclusión cuentan con muestras pequeñas y poco homogéneas (Echávarri et al., 2015; Hawkins et al., 2014; Antón et al., 2013), todos ellos han estudiado a los adultos mayores, pero, hasta donde conocemos, pocos son los estudios que se han centrado específicamente en esta población (Pacheco y Robles, 2011; Castro et al., 2010). Además, la

mayoría de los estudios realizan un muestreo por conveniencia, por lo que las características de la muestra y los muestreos realizados en estos estudios complican la generalización de los resultados a la población general. Son necesarios más estudios que continúen investigando la realidad de los adultos mayores con ideación o conductas suicidas, realizándose en ellos un muestreo probabilístico que represente adecuadamente las características y peculiaridades de estos. Por otra parte, debido a la gran heterogeneidad de nuestros resultados, en concreto de las diferencias de las variables tenidas en cuenta y los instrumentos para evaluarlas, se estimó que no era conveniente realizar un metaanálisis posterior de estos datos, ya que no podían ser combinados entre sí. Además, nuestros criterios de inclusión fueron rigurosos limitando significativamente el número posible de artículos a analizar, aunque al mismo tiempo esta estrategia aumentó la posibilidad de realizar comparaciones entre los estudios incluidos. A pesar de que la búsqueda de información fue realizada por dos de las investigadoras de manera exhaustiva, el tiempo durante el cual se realizó la búsqueda de los registros fue reducido. Por ello, los próximos trabajos deberían de realizar búsquedas de información durante un período de tiempo mayor con la finalidad de ampliar el acceso a una mayor cantidad de registros.

Añadido a lo anterior, en el presente trabajo se ha utilizado como descriptor el término “aged”, al ser el incluido en los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH), tal y como recomiendan las guías de realización de revisiones sistemáticas (Manterola et al., 2013; Shamseer et al., 2015). No obstante, es posible que otros términos clave como “older people”, “older adults”, “seniors” o “elderly people”, sean más representativos de la literatura referida a adultos mayores, por lo que es posible que haya estudios que no hayan sido tenidos en cuenta en la presente investigación. Por último, cabe mencionar que son escasos los estudios que señalan factores protectores (Maino et al., 2019; Bostwick et al., 2016; Bethancourt et al., 2015), por ello, futuras investigaciones deben tener en cuenta tanto los factores de riesgo como los de protección, pues estos últimos pueden ayudar a proponer programas de prevención del suicidio en personas mayores.

La revisión sistemática del suicidio en personas mayores es muy escasa, más aún las centradas sobre los factores de riesgo y protección. Como resultado de una búsqueda sistemática de la literatura basada en criterios de inclusión precisos y sistemáticos, esta revisión amplía el conocimiento más allá de las conclusiones de las revisiones narrativas. En base a los resultados obtenidos, es necesario que las próximas investigaciones evalúen los factores de riesgo y protección, utilizando un enfoque integral y multidisciplinar de la salud desde un punto de vista biopsicosocial. Con ello, podrán realizarse propuestas de intervención que reduzcan las tasas de suicidio, considerado hoy, un problema a nivel mundial.

Conocer el perfil del paciente suicida es primordial porque posibilita descubrir en mayor medida los factores de riesgo y protección de la conducta autolítica, con el propósito de facilitar acciones preventivas posteriores (Pacheco y Robles, 2011). Nuestros resultados vienen a confirmar lo que otros estudios habían señalado, destacando el papel de los factores psicosociales, clínicos y familiares en el suicidio, observándose cómo las variables psicosociales son fundamentales en la ideación y consecución del suicidio en personas mayores (Martínez, 2018).

Agradecimientos

LLT es beneficiaria de la Ayuda de formación de personal investigador predoctoral “Atracción de Talent” de la Universitat de València (0113/2018).

Referencias bibliográficas

- Álvarez, F.J., Rubio-Aparicio, M., Gurillo, P., García, A.M., Sánchez-Meca, J. y Navarro-Mateu, F. (2020). Suicidio y demencia: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 13(4), 213-227 <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.012>
- *Antón, J. M., Sánchez, E., Pérez, L., Labajos, M. T., De Diego, Y., Benítez, N., ... y López, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810-813. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>
- *Baca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-378. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.044>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- *Bethancourt, Y.C., Bethancourt, J., Moreno, Y. y Saavedra, A. (2015). Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. *Mediciego*, 21(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85/378>
- *Bomyea, J., Lang, A.J., Craske, M.G., Chavira, D., Sherbourne, C.D., Rose, R.D., ... Stein, M. B. (2015). Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad. *Revista de Toxicomanías (RET)*, 7(4), 13-18. Disponible en: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret74_2_factores_de_riesgo_suicidio.pdf
- *Bostwick, J.M., Pabbati, C., Geske, J.R. y McKean, A.J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-1097 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- *Castro, V.A., Rangel, A.M., Camacho, P. A. y Rueda, G.E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 705-710. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a06.pdf>
- Conde-Ruiz, J. I. y González, C. I. (2021). *Estudios sobre la Economía Española-2021/07. El proceso de envejecimiento en España*. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>
- *Dedic, G., Djordjevic, B. y Dedic, S. (2019). Victimization in childhood as a suicide risk factor in adults. *Vojnosanitetski Pregled*, 76(7), 667-670. <http://doi.org/10.2298/VSP170826142D>
- *Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M. P., Fischman, R., ... y Moya, C. (2015). ¿Por qué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psyke*, 24(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.7764/psyke.24.1.667>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 119-120. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- *García, A.F., Rodríguez, M., Albarrán, M.E. y Santiago, A. (2010). Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa suicida. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*, 26-31. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212017000100089
- *García, H., Sahagún, J.E., Ruiz, A., Sánchez, G.M., Tirado, J.C. y González, J.G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 713-719. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>
- Gómez, A. (2012). Escala PEDro. Recuperado de: <https://www.pedro.org.au/spanish/downloads/pedro-scale/>

- *González, L., Fajardo, J., Fajardo, E., Freixas, C. y Alba, R. M. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista de Información Científica*, 76(4). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757269023>
- *González, R. y Martínez, A. (2011). Riesgo suicida y funcionamiento familiar en adultos mayores. *Revista Médica Multimed*, 15(3). Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1553/1667>
- *Hawkins, S., Valencia, A., Caamaño, B. y Ceballos, G. (2014). Riesgo suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Pensando Psicología*, 10(17), 43-48. <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.783>
- Hoyl, T. (2016). Teorías actuales de envejecimiento. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 1. <http://dx.doi.org/10.11565/armed.v3i2.258>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). *Defunciones por causas*. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- Ko, Y., Han, S. Y. y Jang, H. Y. (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>
- *López, L. C. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-95. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i1.1350>
- *Maino, M. P., Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., García, A., Moya, C., ... Tomicic, A. (2019). Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: a generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 112-119. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0028>
- Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., Claros, N. y MINCIR, G. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía española*, 91(3), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.009>
- Martínez, G. (2018). La soledad, principal causa de los suicidios en la población de la tercera edad. *Público*. Recuperado de: <http://www.publico.es/sociedad/suicidio-tercera-edad-soledad-dispara-numero-suicidios-poblacion-tercera-edad.html>
- Mateu-Mollá, J., Lacomba-Trejo, L. y Valero-Moreno, S., (2015). Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en Infarto Agudo de Miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 32-41. Disponible en: http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/107/131
- *Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M. P., Armijo, I., Fischman, R., ... Monari, M. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psyche*, 26(1), 2-11. <http://dx.doi.org/10.7764/psyche.26.1.939>
- *Moreno, C., Díaz, C. L., Soler, R., Brossard, M. y Carbonell, I. C. (2012). Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. *Medisan*, 16(2), 204-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200008
- Navas, W. (2013). Abordaje del suicidio en Atención Primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 220-221. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132e.pdf>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>
- Physiotherapy Evidence Database. (2020). *PEDro Scale*. Disponible en: <https://pedro.org.au/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, 27-28. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=03532A213333151278D44C18E4E03467?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Suicidio*. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- *Pacheco, T. y Robles, J.I. (2011). Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanidad Militar*, 67(4), 345-349.
- *Peña-Caballero, O. (2011). Factores potenciadores del comportamiento suicida en adultos mayores. *Ciencia en su PC*, 2, 45-54.
- *Pérez, M.O., Gutiérrez, A.G., Contreras, C.M. y López, N. (2012). Perfil hormonal, violencia y suicidio: estudio exploratorio. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 12(1), 7-10.
- Physiotherapy Evidence Database. Escala de PEDro [internet]. [consultada el 14 de enero del 2014]. Disponible en: www.pe-dro.fhs.usyd.edu.au.

- Reyes, I. y Castillo, J.A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 355-356.
- *Rodríguez, J., Santander, J., Aedo, A. y Robert, S. (2014). Suicidio en el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio variables asociadas a la calidad de vida? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(4), 243- 245.
- *Rueda, G. E., Díaz, P. A., Rangel, A. M., Castro, V. A. y Camacho, P. A. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 637-643.
- Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. y Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2a ed. Churchill Livingstone: Londres
- *Sánchez, D., Muela, J.A. y García, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 221-226. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.19106>
- Sánchez, S. M. (2019). El suicidio: una realidad desconocida. *La Razón Histórica*, 42, 133-136.
- *Sau, S.C., Fung, H.C., Chiu, L.L., Sau, C.W. y Yeates, C. (2014). A multidimensional risk factor model for suicide attempts in later life. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1807-1816. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S70011>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Whitlock, E. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ (Online)*, 349, 1–25. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- *Veríssimo, M. I., Bezerra, J. G., Neves, M. V., Carneiro, C., Uchoa, L. y Pereira, L. S. (2013). Psychosocial characteristics of patients with a history of suicide attempts at a Center for Psychosocial Care (CAPS). *Revista eletrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas (SMAD)*, 9(3), 137-141. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i3p136-143>