



Artículo original

Factores asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia, 2016[☆]



Yuri Catherine Ramírez Arango^{a,*}, Hanlley Mallely Flórez Jaramillo^b,
Doris Cardona Arango^a, Ángela María Segura Cardona^a,
Alejandra Segura Cardona^a, Diana Isabel Muñoz Rodríguez^a,
Douglas Lizcano Cardona^a, Santiago Alberto Morales Mesa^a,
Catalina Arango Álzate^a y Maite Catalina Agudelo Cifuentes^a

^a Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Institución Universitaria Tecnológico de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de noviembre de 2017

Aceptado el 8 de septiembre de 2018

On-line el 1 de noviembre de 2018

Palabras clave:

Ideación suicida

Adulto mayor

Anciano

Factores desencadenantes

Anciano frágil

R E S U M E N

Introducción: La ideación suicida se refiere a pensamientos que abarcan desde una vaga idea de suicidarse a un plan específico de suicidio.

Objetivo: Explorar factores demográficos, sociales y familiares, maltrato, riesgo de depresión y hábitos y condiciones de salud que influyen en la ideación suicida del adulto mayor en las ciudades de Medellín, Barranquilla y Pasto, para identificar aquellos en los que se puede intervenir con programas de salud pública enfocados en esta población.

Métodos: Estudio analítico transversal con fuente secundaria; se consideraron variables demográficas, sociales y clínicas, apoyo social, discriminación, maltrato, felicidad, depresión y capacidad funcional, y como variable dependiente, la pregunta: «¿ha pensado en atentar contra su vida?». Se realizaron análisis descriptivo, bivariable y multivariable.

Resultados: La mediana de edad fue ≤ 69 (intervalo intercuartílico, 11) años; el 58,2% eran mujeres; la prevalencia de ideación suicida fue del 6,4%; el 28,7% de estos había hecho planes para terminar con su vida y el 66,7% lo había intentado al menos una vez. Se encontró asociación estadística con el empleo informal, el consumo de cigarrillos, alcohol y sustancias psicoactivas, el riesgo de depresión, tener discapacidad, la insatisfacción con la calidad de vida, la salud y la situación económica, sentirse infeliz, los maltratos y las malas relaciones entre los miembros de la familia, el escaso apoyo social, el maltrato sexual y económico y, por último, la discriminación.

[☆] Artículo basado en tesis académica de las autoras para optar al título de Magíster en Salud Pública, 2017, Universidad CES.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: catherine.ramirez@gmail.com (Y.C. Ramírez Arango).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.09.004>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: La ideación suicida de los adultos mayores en 3 ciudades de Colombia se explica por el maltrato sexual y económico que sufre esta población; asimismo las malas relaciones personales entre los miembros de la familia del adulto mayor y el riesgo de depresión aumentan la probabilidad de que se presenten pensamientos contra la propia vida.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Factors Associated With Suicidal Ideation in Older Adults From Three Cities in Colombia, 2016

A B S T R A C T

Keywords:

Suicidal ideation
Aged
Precipitating factors
Frail elderly

Introduction: Suicidal ideation refers to thoughts that range from a vague idea of committing suicide to a specific suicide plan.

Objective: To explore factors such as demographic, social, family, abuse, risk of depression, habits and health conditions, which influence suicidal ideation in the elderly people in the cities of Medellín, Barranquilla, and Pasto (Colombia), with the intention to identify those associated factors that can be used in public health programs focused on this population.

Methods: Cross-sectional analytical study was conducted using a secondary source, demographic, social, clinical variables, social support, discrimination, abuse, happiness, depression, functional capacity, and as a dependent variable were asked the question: "Have you ever thought about committing suicide?" A descriptive, bivariate and multivariate analysis was performed.

Results: The median age was ≤ 69 [interquartile range, 11] years, and 58.2% were women. The prevalence of suicidal ideation was 6.4%, and of these, 28.7% had made plans to end their lives, and 66.7% had tried at least once. A statistical association was found with informal employment, cigarette consumption, alcohol and psychoactive substances, risk of depression, having a disability, dissatisfaction with their quality of life, with their health, with their economic situation, as well as feeling unhappy, bad treatment and bad relationships among family members, poor social support, sexual and economic abuse, and finally, discrimination.

Conclusions: Suicidal ideation in older adults in three cities of Colombia is explained by the sexual and economic abuse that this population is suffering, as well as bad personal relationships between the members of the family of the older adult. The risk of depression increases the probability of having thoughts against one's life.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La ideación suicida es el deseo premeditado de quitarse la vida, con planes ya sea inespecíficos o detallados de los actos a realizar^{1,2}; el suicidio es el desenlace fatal de la ideación suicida y origina en el mundo alrededor de 1 millón de víctimas al año³, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han incrementado sus esfuerzos en abordar este problema y recomiendan fortalecer la investigación sobre la conducta suicida en su conjunto⁴.

La ideación suicida hace parte de los componentes del suicidio, junto con la planeación, la preparación, el intento, la ejecución del intento y el suicidio consumado; todos estos elementos están considerados factores de riesgo, y en la medida en que cada uno de estos componentes interactúa en el individuo, su riesgo de suicidio aumenta, ya que estas etapas no

se presentan de modo secuencial ni son necesarias todas para acabar con la vida⁵.

Muchas personas manifiestan pensamientos suicidas y cerca de 1/3 personas que tuvieron un intento fallido intenta suicidarse de nuevo en el plazo de 1 año². Se estima que, por cada suicidio, puede haber de 20 a 25 intentos⁶; en el caso del adulto mayor, el número de intentos se reduce a 4³, por lo que es importante resaltar que los intentos de suicidio son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas⁷ y cerca del 10% de los que intentan suicidarse finalmente lo logran².

Las investigaciones realizadas son en su mayoría en jóvenes adolescentes, con poca información sobre la ideación suicida de las personas mayores, siendo el grupo etario con más casos de suicidios^{8,9} debido a que emplean métodos letales⁹ y muestran menos señales de aviso, que son más difíciles de detectar¹, por lo que una idea suicida en un adulto mayor es más probable que termine en un suicidio consumado¹⁰.

Las personas con edad ≥ 60 años son el grupo etario con mayores cifras de suicidios^{11,12}. Los principales factores asociados son:

- La falta de salud en general¹¹, las enfermedades mentales^{12,13}, así como las hospitalizaciones periódicas y los tratamientos recibidos⁸, la discapacidad o pérdida funcional¹²⁻¹⁴, el número de enfermedades físicas y la duración de la enfermedad^{1,15,16}.
- Causas psiquiátricas, como las depresiones de cualquier etiología, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación y la confusión mental⁸.
- Factores psicológicos acompañados de diferentes emociones sentimentales¹⁷ como rechazo, pérdida, soledad, depresión, desesperanza, baja autoestima^{10,15,16}, inutilidad, inactividad, aburrimiento y falta de proyectos vitales, con tendencia a revivir el pasado y los padecimientos de un hecho agobiante^{8,18}.
- Factores familiares, como la pérdida de seres queridos¹⁹, migraciones forzadas, el ingreso a un centro gerontológico⁸, la falta de cónyuge^{10,15,16}, son las causas que más se asocian con los comportamientos suicidas²⁰.
- Entre los factores sociales, ambientales y demográficos, la jubilación, el aislamiento social, la actitud despreciativa de la sociedad hacia el adulto mayor y la pérdida de prestigio, la frecuencia de participación en actividades sociales^{10,15,16}, la edad, el sexo y la situación económica y los diferentes aspectos sociales del adulto mayor^{13,21}.
- Las conductas suicidas previas¹⁹ que se caracterizan por tener ideales de autodestrucción, planeación del suicidio, un intento suicida previo, la disponibilidad de medios para llevarlo a cabo y la historia familiar²⁰.

Entre los factores demográficos, se encontró que las mujeres tienen más ideación suicida^{3,12,22}, pero el riesgo de morir por suicidio es mayor para los varones en relación 4:1²³; según la distribución de casos por tasa, el mayor riesgo de suicidio en Colombia lo presentan los varones mayores de 75 años²⁴. Otro factor de riesgo es la edad; según la OPS, los mayores de 70 años tienen más probabilidad de morir por suicidio, principalmente en las Américas^{1,3}. Asimismo, el mayor porcentaje de ideación suicida se observa en quienes tienen pocos ingresos frente a los que tienen mejor remuneración económica^{10,22}, y el desempleo presentó una asociación positiva con la ideación suicida²⁵.

En los adultos mayores se evidencia que sufrir enfermedades crónicas, la pérdida funcional y la discapacidad son causa de ideación suicida, así como la pérdida de un ser querido es una motivación¹³. El abuso y la dependencia de drogas, alcohol y tabaco son factores de riesgo significativos de la ideación suicida^{12,26}. Un estudio reportó que el 67,4% de los adultos mayores que tuvieron pensamientos suicidas presentaban factores de riesgo cardiaco¹⁰.

Entre los factores de riesgo de conducta suicida, se incluyen los estados psicológicos alterados¹⁸, los trastornos mentales, el trastorno de la personalidad o esquizofrenia¹³ y la ludopatía, entre otras condiciones médicas¹⁴, el trastorno psicótico,

la bipolaridad, el trastorno depresivo y la desesperanza¹². Cerca del 95% de los suicidios consumados se presentaron en pacientes con trastornos mentales y cerca del 15%, en pacientes con depresión²³. El diagnóstico considerado más común en individuos con ideación suicida es la depresión del adulto mayor^{15,27,28}. El trastorno depresivo mayor y otros trastornos del estado de ánimo, como el trastorno bipolar, pueden incrementar hasta 20 veces el riesgo de suicidio²⁹.

Existe relación entre la ideación suicida y el estado civil²³. Zhang et al.¹⁵ indicaron que el 82,5% de los viudos o divorciados presentaban ideación suicida¹⁵ y Handley et al.¹⁰, que el 68,8% estaban casados¹⁰. Se debe considerar los entornos sociales, como el vínculo interpersonal y los apoyos, en los intentos de explicar el suicidio¹⁶.

En Colombia, no se encontraron estudios relacionados con la ideación suicida de los adultos mayores; sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud Mental informa que la prevalencia de ideación suicida en personas mayores de 45 años fue del 6,5% (intervalo de confianza, 5,3%-7,8%); además, la tasa de suicidio de varones es más alta entre los mayores de 60 años³⁰. Macana Tuta reporta un incremento en la tasa de suicidios de población mayor de 80 años, que pasó de 5,73/100.000 hab. en 2010 a 6,04 en 2011³¹, y Forensis²⁴ informa de un incremento del suicidio de adultos mayores del 9,0%²⁴.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, en la dimensión convivencia social y salud mental, propone acciones y metas para reducir las cifras de suicidio en el país, y en la dimensión transversal sobre la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables incluye a los adultos mayores como un grupo especial³². Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2017 se registraron 2.097 muertes a causa de las lesiones autoinfligidas intencionalmente³³; asimismo el Ministerio de Salud y Protección Social informa que cada año se suicidan 1.833 personas³⁴.

Es de resaltar la carencia de información sobre ideación suicida en Colombia, teniendo en cuenta que estos pensamientos son un componente de la conducta suicida considerado⁵ factor de riesgo de suicidio, y que no se encontró información previa sobre la ideación suicida de los adultos mayores en el país.

En todo el mundo es poca la evidencia sobre ideación suicida de los adultos mayores; la existente arroja información de prevalencias altas en Nueva Zelanda (15,7%), Inglaterra (14,8%) y Japón (10,9%) y bajas en Italia (3%)¹², y en Suramérica, las mayores cifras se presentan en Chile; los resultados de Silva et al.¹² indican que la prevalencia de pensar mucho en la muerte alcanzó valores del 35,5%; la de deseo de estar muerto, del 20%; la de ideación suicida, del 14,3% y la de intento de suicidio, del 7,7%.

El presente estudio tiene por objetivo explorar los factores demográficos, sociales y familiares, los maltratos, el riesgo de depresión, los hábitos y las condiciones de salud que influyen en la ideación suicida del adulto mayor en las ciudades de Medellín, Barranquilla y Pasto, para identificar aquellos en los que se puede intervenir con programas de salud pública dirigidos a esta población.

Métodos

Estudio analítico transversal, con fuentes de información secundaria a partir de la investigación «Índice de vulnerabilidad del adulto mayor, en tres ciudades de Colombia, 2016»³⁵. Para este estudio se tomaron las encuestas de 1.514 adultos de o más años residentes en las zonas urbanas de Medellín, Barranquilla y Pasto; no se tuvieron en cuenta 51 registros de mayores con deterioro cognitivo, y finalmente quedaron 1.463 encuestas. El estudio macro realizó un muestreo probabilístico por conglomerados según comuna (Medellín y Barranquilla) o localidad (Pasto), y en cada una de ellas se hizo un muestreo bietápico; la primera etapa fue un muestreo sistemático aleatorio de barrios al interior de cada comuna y la segunda, una selección aleatoria de manzanas dentro de cada barrio. En cada manzana se encuestó a todas las personas mayores residentes en sus viviendas, como unidad final de análisis, instrumento aplicado por profesionales estandarizados.

Con este muestreo se calcularon las probabilidades de selección en cada etapa del muestreo. La primera etapa de muestreo correspondió a la selección de barrios, cuya probabilidad (PB) se estimó a partir de:

$$PB = \frac{\text{Barrios efectivos}}{\text{Total de barrios en la comuna/localidad}}$$

La segunda etapa del muestreo fue la selección de manzanas, cuya probabilidad (PM) se estimó a partir de:

$$PM = \frac{\text{Manzanas efectivas por barrio}}{\text{Total de manzanas en el barrio}}$$

Dado que de la ciudad de Pasto no se contaba con la información de manzanas por barrio, la probabilidad de los barrios no se calculó, y la probabilidad de manzanas (PM) se calculó a partir de:

$$PM = \frac{\text{Manzanas efectivas por comuna}}{\text{Total de manzanas por comuna}}$$

De las manzanas seleccionadas, se tomaron todas las viviendas y en cada vivienda se encuestó a todos los adultos mayores que hubiera; la probabilidad de selección de vivienda (PV) y la probabilidad de selección de adulto mayor (PAM) fueron = 1,0. A partir del cálculo de estas probabilidades, se procedió a estimar la probabilidad final de selección del adulto mayor:

$$PF = PB \times PM \times PV \times PAM$$

Con el objetivo de inferir los resultados en la población, se calculó el factor básico de expansión (FBE), que corresponde al inverso de la probabilidad final de selección (PF), lo que permite saber a cuántos adultos mayores representa cada encuestado:

$$FBE = \frac{1}{PF}$$

Para corregir los sesgos y acercar la muestra a la población proyectada, se utilizaron factores de corrección acordes con las características poblacionales de cada ciudad:

- Proporción de falta de respuesta.
- Razón varones:mujeres en el grupo poblacional.
- Razón varones:mujeres encuestados.
- Razón adultos mayores:vivienda.

- Proporción de personas en el área urbana.

Con ello se obtuvo el factor final de expansión (FFE):

$$FFE = FBE \times \text{factores de corrección}$$

Según la muestra de 1.514 adultos mayores, se encontró una proporción de buen estado de salud del 80,3% y un error de muestreo del 3,3%. La población de adultos mayores residentes en el área urbana de las 3 ciudades es de 579.647, la muestra se expandió a 557.285 y con esta se hizo el análisis demográfico de la población.

El instrumento de medición incluía variables demográficas (edad, sexo, nivel educativo, ocupación, estado civil, estrato e ingresos), sociales (consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, actividades en el tiempo libre, calidad de vida, tratos y relaciones entre los miembros de la familia y organización comunitaria en la que participa) y clínicas (enfermedad y discapacidad). También se aplicaron escalas para medir: apoyo social (escala MOS³⁶), discriminación (escala de discriminación de la vida cotidiana³⁷), maltrato (escala Geriátrica de Maltrato³⁸), felicidad (escala de Felicidad de Lima³⁹), depresión (escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage⁴⁰) y capacidad funcional (escala de Barthel⁴¹). La variable dependiente fue ideación suicida, la cual se indagó por medio de la pregunta: «¿ha pensado en atentar contra su vida?».

La base de datos se utilizó con autorización de la Universidad CES. La información fue procesada y analizada con el paquete estadístico SPSS[®], versión 21 (IBM Corp.; Armonk, New York, Estados Unidos), licencia amparada por la misma Universidad.

Se realizó una descripción de la población de estudio utilizando medidas de tendencia central, dispersión o posición, dependiendo de la distribución de los datos, previa prueba de normalidad, mientras que para las variables cualitativas fueron utilizadas medidas de frecuencia absoluta y relativa. Para el análisis bivariable, se exploró la asociación de la ideación suicida con las variables independientes de interés mediante la prueba de la χ^2 de independencia y la razón de prevalencia (RP) con su respectivo intervalo de confianza del 95% (IC95%), se calcularon las *odds ratio* (OR) para ajustar por las variables confusoras y se usó como estimador las RP, considerando que la prevalencia de ideación suicida en esta población era baja (< 10%)⁴². Finalmente se realizó una regresión logística con el fin de hallar los factores que explicaran la ideación suicida, para lo cual ingresaron al modelo las variables con $p < 0,05$. Asimismo se realizó un análisis de colinealidad y se recategorizaron las variables⁴³.

Resultados

Características demográficas de los adultos mayores

El 50% de los mayores encuestados eran de edad ≤ 69 [intervalo intercuartílico, 11] (intervalo, 60-100) años. El 58,2% de la población eran mujeres; en Barranquilla se presenta el mayor porcentaje de adultos de estrato bajo (78,1%) y Medellín (3,5%) pertenece al estrato alto; el 47,7% manifestó tener pareja. El 10,9% de los mayores en Barranquilla no tienen educación, resultado similar que en Pasto donde, a diferencia de los barranquilleros, tienen educación superior (10,8%). Entre las

Tabla 1 – Distribución proporcional de los adultos mayores según características demográficas en 3 ciudades de Colombia, 2016

Aspectos demográficos	General, n (%)	Medellín, n (%)	Barranquilla, n (%)	Pasto, n (%)
Sexo				
Varones	232.841 (41,8)	152.714 (41,2)	62.817 (42,9)	17.310 (42,9)
Mujeres	324.444 (58,2)	217.915 (58,8)	83.464 (57,1)	23.065 (57,1)
Edad				
60-74 años	425.935 (76,4)	281.850 (76)	114.722 (78,4)	29.363 (72,7)
75-89 años	116.812 (21)	77.868 (21)	28.497 (19,5)	10.446 (25,9)
90-100 años	14.537 (2,6)	10.911 (3)	3.061 (2,1)	566 (1,4)
Estrato				
Bajo	356.973 (64,1)	214.527 (57,9)	114.190 (78,1)	28.256 (70)
Medio	186.053 (33,4)	143.143 (38,6)	31.535 (21,6)	11.375 (28,2)
Alto	14.235 (2,6)	12.959 (3,5)	555 (0,4)	721 (1,8)
Estado civil				
Sin pareja	291.493 (52,3)	205.807 (55,5)	67.382 (46,1)	18.304 (45,3)
Con pareja	265.793 (47,7)	164.823 (44,5)	78.898 (53,9)	22.072 (54,7)
Nivel educativo				
Ninguno	54.298 (9,7)	34.917 (9,4)	15.916 (10,9)	3.465 (8,6)
Primaria	303.436 (54,4)	213.286 (57,5)	67.634 (46,2)	22.516 (55,8)
Secundaria	153.464 (27,5)	89.037 (24)	54.397 (37,2)	10.030 (24,8)
Estudios superiores	46.088 (8,3)	33.390 (9)	8.334 (5,7)	4.364 (10,8)
Ocupación u oficio				
Ama de casa	297.595 (53,4)	199.457 (53,8)	79.107 (54,1)	19.031 (47,1)
Empleado formal	11.550 (2,1)	6.567 (1,8)	4.054 (2,8)	929 (2,3)
Empleado informal	64.310 (11,5)	34.787 (9,4)	22.474 (15,4)	7.049 (17,5)
Comerciante	23.896 (4,3)	15.214 (4,1)	6.725 (4,6)	1.957 (4,8)
Ninguno	159.959 (28,7)	114.072 (30,8)	33.780 (23,1)	12.107 (30)
Obtuvo ingresos en mes anterior				
	328.494 (58,9)	220.069 (59,4)	84.600 (57,8)	23.825 (59)
Origen del ingreso				
Jubilación/pensión	154.358 (27,7)	118.031 (31,8)	27.061 (18,5)	9.266 (22,9)
Ayuda familiar exterior	5.133 (0,9)	2.198 (0,6)	2.684 (1,8)	251 (0,6)
Ayuda familiar interior	13.344 (2,4)	5.507 (1,5)	7.209 (4,9)	628 (1,6)
Alquiler/renta/ingreso banco	12.407 (2,2)	9.017 (2,4)	2.991 (2)	399 (1)
Subsidio	79.132 (14,2)	57.702 (15,6)	12.854 (8,8)	8.576 (21,2)
Empleo	63.517 (11,4)	28.681 (7,7)	29.406 (20,1)	5.430 (13,4)

ocupaciones, se encontró que solo el 2,1% tiene empleo formal; el 11,5%, empleo informal —con la mayor tasa en la ciudad de Pasto (17,5%)—; el 27,7% indicó estar jubilado, variable que alcanzó el máximo porcentaje en Medellín (31,8%) y el menor en Barranquilla (18,5%). La distribución de las características demográficas por ciudades se presenta en la tabla 1.

Factores sociales y condiciones de salud

Según los factores sociales analizados, los adultos mayores refieren un adecuado apoyo social (91,9%). De las ciudades del estudio, Barranquilla muestra el apoyo social más alto (96,4%); un pequeño porcentaje manifestó maltratos entre los miembros de la familia (9,8%) y malas relaciones personales entre los miembros de la familia (0,9%); siempre tienen a alguien que les ayude cuando tienen que estar en cama (57,6%) y que los aconseje cuando tienen problemas (55,4%); el 68,8% no participa en ninguna organización comunitaria y el 50% tiene 3 o menos amigos cercanos y 4 o menos familiares cercanos.

En cuanto al maltrato, al 1,5% lo han amenazado con ser llevado a un asilo; al 10,3% lo han dejado solo; el 13,8% ha sido

discriminado; el 86,6% no presentan riesgo de depresión; el 88,4% tiene una adecuada capacidad funcional y el 97% está afiliado al sistema de salud. En cuanto a los hábitos, la mayoría no ha fumado (57,6%) ni consumido alcohol (61,0%) o sustancias psicoactivas (98,0%). Entre las principales actividades en el tiempo libre, están escuchar radio y ver televisión (51,1%). Se resalta en Medellín que se ha dejado solos al 21,6% de los adultos mayores. En Barranquilla, el 12,7% ha sufrido maltrato psicológico, y en Pasto se encontró que el 14,9% ha sido maltratado. La distribución porcentual del maltrato por ciudades de dichas características se presenta en la tabla 2.

Entre las condiciones clínicas de las personas mayores, se halló que las enfermedades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (50,6%) y la diabetes (14,9%). Un 48,6% de la población tenía por lo menos una discapacidad; la visual era la más común, con una prevalencia de aproximadamente el 50%. El 62,0% refiere estar satisfecho con su calidad de vida; de estos, el 67,4% reside en Pasto. El 58,9% está satisfecho con su salud, y destaca Barranquilla con el 65,1%. El 44,6% se encuentra satisfecho con su economía actual (el 51,8% de estos viven en Barranquilla), además de sentirse felices (52,7%).

Tabla 2 – Distribución porcentual de los adultos mayores según maltrato en 3 ciudades de Colombia, 2016

Maltrato	General, n (%)	Medellín, n (%)	Barranquilla, n (%)	Pasto, n (%)
Amenaza de ser llevado a un asilo	22 (1,5)	11 (2,4)	8 (1,6)	3 (0,6)
Lo han dejado solo	151 (10,3)	100 (21,6)	11 (2,2)	40 (8)
Maltrato (Sí)	143 (9,8)	43 (9,3)	26 (5,2)	74 (14,9)
Maltrato físico (Sí)	35 (2,4)	19 (4,1)	12 (2,4)	4 (0,8)
Maltrato psicológico (Sí)	119 (8,1)	32 (6,9)	64 (12,7)	23 (4,6)
Negligencia (Sí)	30 (2,1)	5 (1,1)	19 (3,8)	6 (1,2)
Maltrato económico (Sí)	19 (1,3)	10 (2,2)	5 (1)	4 (0,8)
Maltrato sexual (Sí)	2 (0,1)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)
Discriminación (Sí)	202 (13,8)	43 (9,3)	51 (10,1)	108 (21,7)

Tabla 3 – Distribución porcentual de adultos mayores según características relacionadas con la ideación suicida en 3 ciudades de Colombia, 2016

Ideación suicida	General, n (%)	Medellín, n (%)	Barranquilla, n (%)	Pasto, n (%)
<i>Pensar en atentar contra su vida</i>				
Con ideación suicida	94 (6,4)	34 (7,4)	23 (4,6)	37 (7,4)
Sin ideación suicida	1.369 (93,6)	428 (92,6)	481 (95,4)	460 (92,6)
<i>Planes para terminar con su vida</i>				
Sí	27 (28,7)	14 (41,2)	4 (17,4)	9 (24,3)
No	67 (71,3)	20 (58,8)	19 (82,6)	28 (75,7)
<i>Número de planeaciones</i>				
1	21 (77,8)	10 (71,4)	4 (100)	7 (77,8)
2	3 (11,1)	2 (14,3)	0	1 (11,1)
3	3 (11,1)	2 (14,3)	0	1 (11,1)
<i>Intento de suicidio</i>				
Sí	18 (66,7)	11 (78,6)	3 (75,0)	4 (44,4)
No	9 (33,3)	3 (21,4)	1 (25,0)	5 (55,6)

Prevalencia de la ideación suicida en los adultos mayores

En total, 94 adultos mayores (6,4%) indicaron haber tenido ideación suicida alguna vez. De estos, 34 (7,4%) residía en Medellín, 23 (4,6%) en Barranquilla y 37 (7,4%) en Pasto. El 28,7% indicó haber realizado planes para terminar con su vida. El 77,8% de estos afirmaron haber realizado planes específicos al menos una vez en su vida y el 66,7% intentó suicidarse de alguna manera. El porcentaje más alto de ideación suicida se registró en las mujeres (66%). Destaca que en Medellín el 71,4% de los adultos mayores planearon una vez el intento suicida y, de estos, el 78,6% hizo efectivo dicho intento; asimismo todos los mayores de Barranquilla con ideación planearon un intento suicida y, de estos, el 75,0% lo llevó a cabo; en Pasto, el 77,8% planeó su muerte y solo el 44,4% lo intentó (tabla 3).

Factores sociales y clínicos asociados con la ideación suicida de los adultos mayores

En el análisis bivariable se encontró asociación estadística entre la ideación suicida y las siguientes características: empleo informal, consumo de cigarrillo, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, riesgo de depresión, tener alguna discapacidad, insatisfacción con la calidad de vida, insatisfacción con la salud, insatisfacción con la situación económica actual, sentirse infeliz, maltratos entre los miembros de la familia, malas relaciones personales entre los miembros de la familia, escaso apoyo social, maltrato sexual, maltrato económico y sentirse discriminado (tabla 4).

En Medellín los varones mayores tienen una probabilidad de tener pensamientos suicidas 1,03 veces mayor que las mujeres; asimismo los mayores que no tienen ningún nivel educativo presentan una probabilidad de ideación suicida 3,90 veces mayor que quienes sí tienen educación; se encontró que en las 3 ciudades la prevalencia de ideación suicida se presenta en adultos mayores que consumen cigarrillo, en lo que destaca la ciudad de Pasto, donde se observa que el consumo de cigarrillo es significativo y este hecho aumenta la probabilidad de ideación suicida en 3,66 veces con respecto a los adultos mayores que no consumen cigarrillo; los mayores de Barranquilla que consumen alcohol tienen una probabilidad de tener pensamientos suicidas 2,02 veces mayor que quienes no ingieren alcohol y en la ciudad de Pasto se registró que con el consumo de sustancias psicoactivas la probabilidad de tener pensamientos suicidas es 2,93 veces mayor que para los adultos que no las han consumido (tabla 5).

En los adultos mayores con ideación suicida en Medellín, se encontró significación estadística para los mayores con riesgo de depresión, hecho que aumenta la probabilidad en 4,55 veces más de que aparezcan pensamientos suicidas en esta población. La infelicidad en la ciudad de Barranquilla hace que los adultos mayores aumenten la probabilidad de pensamientos suicidas en 11,05 veces, con significación estadística. En esa misma ciudad, los maltratos entre los miembros de la familia del adulto mayor es significativo ($p=0,01$), y esta característica también aumenta en 5,52 veces la probabilidad de pensamientos autodestructivos en los adultos mayores. El maltrato económico aumentó la probabilidad de pensamientos suicidas de los adultos mayores de Barranquilla en 13,80 veces

Tabla 4 – Factores asociados con la ideación suicida de los adultos mayores en 3 ciudades de Colombia, 2016

Variables	Ideación suicida, n (%)		χ^2	P
	Sí	No		
Empleo informal	19 (20,2)	170 (12,4)	4,75	0,029
Trato entre miembros de la familia			35,93	<0,001
Malo	26 (27,7)	118 (8,6)		
Bueno	68 (72,3)	1.251 (91,4)		
Relaciones personales entre los miembros de la familia			58,01	<0,001
Malas	28 (29,8)	97 (7,1)		
Buenas	66 (70,2)	1.272 (92,9)		
Apoyo social			16,64	<0,001
Escaso	18 (19,1)	100 (7,3)		
Adecuado	76 (80,9)	1.269 (92,7)		
Maltrato			12,41	<0,001
Sí	19 (20,2)	124 (9,1)		
No	75 (79,8)	1.245 (90,9)		
Maltrato económico			12,67	<0,001
Sí	5 (5,3)	14 (1,0)		
No	89 (94,7)	1.355 (99,0)		
Maltrato sexual			6,33	0,012
Sí	1 (1,1)	1 (1,0)		
No	93 (98,9)	1.368 (99,0)		
Discriminación			18,78	<0,001
Sí	27 (28,7)	175 (12,8)		
No	67 (7,3)	1.194 (87,2)		
Depresión			36,90	0,001
Riesgo de depresión	32 (34,0)	32 (12,0)		
Sin riesgo de depresión	62 (66,0)	1.205 (88,0)		
Hábitos				
Cigarrillo	56 (59,6)	564 (41,2)	12,16	0,001
Alcohol	47 (50,0)	524 (38,3)	5,08	0,024
Sustancias psicoactivas	6 (6,4)	23 (1,7)	10,01	0,002
Discapacidad			4,28	0,039
Con alguna discapacidad	62 (66,0)	753 (55,0)		
Sin discapacidad	32 (34,0)	616 (45,0)		
Calidad de vida			27,02	<0,001
Insatisfecho	29 (30,9)	165 (12,1)		
Satisfecho	65 (69,1)	1.204 (87,9)		
Salud			19,87	<0,001
Insatisfecho	37 (39,4)	273 (19,9)		
Satisfecho	57 (60,6)	1.096 (80,1)		
Situación económica			10,33	0,001
Insatisfecho	55 (58,5)	569 (41,6)		
Satisfecho	39 (41,5)	800 (58,4)		
Felicidad			26,80	<0,001
Infeliz	10 (10,6)	27 (2,0)		
Feliz	84 (89,4)	1 (98,0)		

($p=0,04$), y en Medellín se encontró que el maltrato sexual aumenta la probabilidad de pensamientos suicidas en 1,04 veces respecto a los mayores que no han sufrido este tipo de maltrato (tabla 5).

Factores que explican la ideación suicida de los adultos mayores

Tras la regresión logística buscando los factores que explican la ideación suicida de los adultos mayores de este estudio,

se encontró como principal componente el maltrato sexual, seguido del maltrato económico, las malas relaciones personales entre los miembros de la familia del adulto mayor y el riesgo de depresión.

Como se mencionó, el principal factor que explica la presencia de ideas suicidas fue el maltrato sexual, pues se halló que los adultos mayores maltratados tienen una probabilidad de 33,2 veces mayor que los que no violentados; al realizar el ajuste se encontró que la relación estaba subestimada, puesto que este tipo de maltrato aumenta en

Tabla 5 – Distribución proporcional y factores asociados con la ideación suicida de los adultos mayores en 3 ciudades de Colombia, 2016

Ideación suicida (Sí)	Medellín RP (IC95%)	Barranquilla RP (IC95%)	Pasto RP (IC95%)
Sexo			
Varón	1,03 (0,42-2,56)	0,41 (0,22-1,31)	0,93 (0,37-2,37)
Mujer	1	1	1
Nivel educativo			
Sin educación	3,9 (1,49-10,21)	2,68 (0,83-8,68)	0,31 (0,04-2,41)
Con educación	1	1	1
Consumo de cigarrillo			
Sí	0,9 (0,38-2,13)	1,02 (0,36-2,9)	3,66 (1,47-9,14)
No	1	1	1
Consumo de alcohol			
Sí	1,55 (0,62-3,88)	3,02 (0,97-9,36)	0,58 (0,22-1,55)
No	1	1	1
Consumo de sustancias psicoactivas			
Sí	2,38 (0,58-9,74)	0,76 (0,03-17,98)	2,93 (0,27-32,34)
No	1	1	1
Riesgo de depresión			
Con riesgo	5,55 (2,08-14,83)	2,83 (0,54-14,81)	1,69 (0,79-3,6)
Sin riesgo	1	1	1
Felicidad			
Infeliz	1,64 (0,26-10,17)	11,05 (1,54-79,3)	1,39 (0,38-5,1)
Feliz	1	1	1
Maltratos en la familia			
Sí	1,89 (0,77-4,65)	5,52 (1,5-20,29)	2,39 (0,96-5,96)
No	1	1	1
Maltrato económico			
Sí	4,61 (0,98-21,61)	13,8 (1,19-159,55)	—
No	1	1	1
Maltrato sexual			
Sí	1,04	—	—
No	1	1	1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de probabilidades.

14,7 la tenencia de un pensamiento suicida, y al ajustarla el resultado fue 33,3. Asimismo, cuando el adulto mayor es maltratado económicamente, su probabilidad de tener pensamientos suicidas es 3,5 (IC95%, 1,019-12,141) veces la de aquellos que no sufren este tipo de maltrato; esta relación estaba sobrestimada, ya que sufrir maltrato económico aumenta en 5,4 la idea suicida, pero al ajustarla con el resto de variables, la probabilidad de frecuencia fue 3,5.

Cuando las relaciones personales son malas entre los miembros de la familia del adulto mayor, la probabilidad de pensamientos suicidas es 3,0 (IC95%, 1,521-5,968) veces la de los adultos mayores con buenas relaciones personales de la familia; esta relación estaba sobrestimada, ya que las malas relaciones personales entre los miembros de la familia aumentan en 5,6 la idea suicida, pero al ajustarla con el resto de las variables la probabilidad de frecuencia fue 3,0. Con respecto al riesgo de depresión de los adultos mayores, la probabilidad de que tengan pensamientos suicidas es 2,1 (IC95%, 1,187-3,822) veces la de quienes no tienen riesgo de sufrir depresión. Para los adultos mayores que son discriminados se encontró una probabilidad de pensar en suicidarse

1,6 (IC95%, 0,948-2,927) veces la de aquellos que no refirieron ningún tipo de discriminación (tabla 6).

Discusión

La prevalencia de ideación suicida en los adultos mayores encontrada en este estudio es del 6,4%, menor que la reportada por Silva et al.¹² del 12,2% de los mayores de 65 años en Chile y similar a la registrada en Colombia, del 6,5% de los mayores de 45 años³⁰. Es importante reconocer que estas diferencias no solo radican en la forma de obtener la información, sino también en el contexto cultural, social, económico y gubernamental de cada país. Además, se debe considerar que en Colombia el sistema de vigilancia en salud pública se centra en el reporte del intento de suicidio, pero la ficha no indaga sobre ideación suicida⁴⁴.

Con los análisis multivariantes y tras ajustar por el resto de las variables, se encontró que cuando el adulto mayor tiene un empleo informal la probabilidad de frecuencia estaba sobrestimada, resultado afín a lo reportado por Lee⁴⁵, que para los mayores proveer algún tipo de ingresos al hogar es una

Tabla 6 – Análisis bruto y ajustado de la ideación suicida de los adultos mayores en 3 ciudades de Colombia, 2016

Variables	Análisis bruto RP (IC95%)	Análisis ajustado RP (IC95%)
<i>Ocupación u oficio</i>		
Empleo informal	1,79 (1,05-3,03)	0,66 (0,37-1,18)
Otro	1	1
<i>Hábitos</i>		
Consumo de cigarrillo	2,1 (1,37-3,22)	1,61 (0,97-2,66)
Consumo de alcohol	1,61 (1,06-2,45)	1,18 (0,7-1,97)
Consumo de sustancias psicoactivas	3,37 (1,58-10,05)	2,56 (0,88-7,4)
<i>Depresión</i>		
Riesgo de depresión	3,79 (2,4-5,99)	2,13 (1,19-3,82)
Sin riesgo de depresión	1	1
<i>Discapacidad</i>		
Con alguna discapacidad	1,59 (1,02-2,46)	1,49 (0,92-2,42)
Sin discapacidad	1	1
<i>Calidad de vida</i>		
Insatisfecho	3,26 (2,04-5,19)	1,19 (0,6-2,36)
Satisfecho	1	1
<i>Salud</i>		
Insatisfecho	2,61 (1,69-4,02)	1,34 (0,73-2,45)
Satisfecho	1	1
<i>Situación económica</i>		
Insatisfecho	1,98 (1,3-3,03)	0,99 (0,59-1,67)
Satisfecho	1	1
<i>Felicidad</i>		
Infeliz	5,92 (2,77-12,63)	1,86 (0,7-4,94)
Feliz	1	1
<i>Trato entre los miembros de la familia</i>		
Malos	4,05 (2,48-6,62)	1,5 (0,76-2,94)
Buenos	1	1
<i>Relaciones personales entre los miembros de la familia</i>		
Malas	5,56 (3,42-9,06)	3,01 (1,52-5,97)
Buenas	1	1
<i>Apoyo social</i>		
Escaso	3,01 (1,73-5,22)	0,74 (0,36-1,54)
Adecuado	1	1
<i>Maltrato</i>		
Sí	2,54 (1,49-4,35)	0,73 (0,36-1,48)
No	1	1
<i>Maltrato económico</i>		
Sí	5,44 (1,92-15,44)	3,52 (1,02-12,14)
No	1	1
<i>Maltrato sexual</i>		
Sí	14,71 (0,91-237,05)	33,2 (1,56-708,94)
No	1	1
<i>Discriminación</i>		
Sí	2,75 (1,71-4,42)	1,67 (0,95-2,93)
No	1	1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de probabilidades.

Análisis ajustado por las variables: ocupación, hábitos, depresión, discapacidad, calidad de vida, salud, situación económica, felicidad, trato entre los miembros de la familia, relaciones personales entre los miembros de la familia, apoyo social, maltrato, maltrato económico, maltrato sexual y discriminación.

condición protectora contra los pensamientos suicidas. Otro estudio¹⁶ indicó que los adultos que no tienen ocupación u oficio tienen una probabilidad de idear pensamientos contra su vida 2,6 veces mayor, y es que para una persona mayor de

60 años las posibilidades de empleo en Colombia son bastante escasas, lo que explicaría que contar con alguna ocupación haga que el individuo se sienta útil y ocupado y, por lo tanto, lo aleje de pensamientos suicidas.

El maltrato fue una condición que se asoció con la ideación suicida. Un estudio en adultos mayores de zonas rurales de China⁴⁶ encontró que el maltrato físico aumentaba en las mujeres 4,5 veces la probabilidad de ideación; el maltrato psicológico, 5 veces; el maltrato por descuido del adulto, 1,6 veces; el económico, 4,1 veces y el sexual, 4,7 veces. Estos resultados son similares a los encontrados en el presente trabajo, a excepción del maltrato sexual, ya que en la presente investigación aumentó 3,3 veces la probabilidad de pensamientos suicidas. Esta condición es de gran importancia, ya que generalmente el maltrato proviene de personas cercanas; además, el abuso sexual de los adultos mayores es un factor en el que se debe profundizar mucho más.

El consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas se asoció con la ideación suicida en el análisis bivariado y en el análisis multivariado; varias investigaciones reportan resultados similares^{12,47}, lo que explicaría que los individuos tiendan a refugiarse en el alcohol y otras sustancias que los alejen de su realidad.

Tener alguna discapacidad es una condición que aumentó la probabilidad de ideación suicida. Otros estudios han reportado que tener movilidad reducida o estar confinados a una cama aumentaba 2,14 veces el riesgo de ideación⁴⁸, lo que indicaría que cuando se tiene una discapacidad que impide el desarrollo de las actividades diarias, el adulto mayor puede idear pensamientos contra su vida; sin embargo, al ajustar la variable en el modelo multivariado, la probabilidad de frecuencia estaba sobrestimada.

Estar insatisfecho con la salud es una característica que aumentó hasta 2,6 veces la probabilidad de ideación suicida en el presente estudio; una publicación de la Universidad Javeriana reportó que la salud física de las personas se asocia con la presencia de ideación suicida, y un estado de salud malo puede aumentar hasta 15,1 veces la probabilidad de ideación suicida⁴⁹; esta probabilidad es mayor que la encontrada en este estudio, lo cual puede deberse al hecho de que la población de la Universidad tenía diagnosticada alguna alteración física o mental.

Un estudio realizado por investigadores de Hong Kong⁵⁰, que analizaron 31 estudios publicados entre 2000 y 2016 relacionando la ideación suicida y las relaciones sociales en población adulta mayor encontraron que las relaciones discordantes aumentaban 1,57 veces la probabilidad de ideación suicida en esta población, y el maltrato al adulto aumentaba 2,31 veces esta condición. Las relaciones sociales son fundamentales para la salud mental y psicológica del adulto; no obstante, son escasas las investigaciones interesadas en este tema.

Los factores que explicaron la ideación suicida en esta investigación son el maltrato sexual, las malas relaciones entre miembros de la familia y el riesgo de depresión, resultados similares a los de Australia¹⁰, donde se reportó que las malas relaciones personales, no participar en actividades sociales, la falta de empleo y tener sentimientos depresivos eran los factores que explicaban la ideación suicida de la población adulta mayor. En cada estudio se utilizaron escalas diferentes para determinar el riesgo de depresión e interacción social. En Corea se encontró que los trastornos depresivos explicaban los pensamientos suicidas⁵¹, por lo que la depresión es un factor que influye en los pensamientos suicidas.

Para este estudio, los datos se recolectaron de manera retrospectiva, lo que puede conllevar un sesgo de recaudo de información, pues hay que tener en cuenta que los adultos mayores pudieron guardar información de potencial importancia.

Se considerara como limitación de este estudio el modo de indagar la ideación suicida, debido a la carencia de una escala que mida los pensamientos autodestructivos o la conducta suicida en Colombia.

El valor social de este estudio es una fortaleza, ya que se toma una población algo olvidada. Asimismo se da a conocer un problema poco explorado y que se puede evitar.

Conclusiones

Se identificaron los factores asociados con la ideación suicida de la población adulta mayor de 3 ciudades de Colombia. El maltrato sexual es la característica que más expone a los mayores a pensamientos suicidas, hallazgo de gran importancia: el adulto mayor que sufre abuso sexual puede sentirse vulnerable ante esta situación, pues la mayoría de las veces sus victimarios son personas cercanas o miembros de su familia que se aprovechan de su falta de autonomía; este maltrato se presenta por la exigencia de relaciones sexuales o tocamiento de los genitales del adulto mayor sin su consentimiento.

En Colombia la información sobre ideación suicida del adulto mayor es poca, por lo que los resultados logrados del presente trabajo se convierten en una línea de base para futuras investigaciones. Además, permite la construcción e implementación de estrategias efectivas de promoción de la salud para esta población.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Universidad CES y a todos los investigadores del proyecto macro por suministrar la base de datos y al profesor Felipe Tirado por sus oportunos aportes y la revisión de este artículo.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribot V, Alfonso M, Ramos ME, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev. habanera cienc. méd.* 2012;11:699-708.
2. Jiménez E. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *Medisan.* 2011;15:339.
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global. 2014.

5. González C, Villatoro J, Alcántar I, Medina ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud ment.* 2002;25:1-12.
6. Tizón JL. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *FMC, Form. méd. contin. aten. prim.* 2016;23:61-76.
7. Cabra OI, Infante DC, Sossa FN. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev.Medica.Sanitas.* 2010;13:28-35.
8. Pérez S. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15:196-217.
9. Rogge T. Suicidio y comportamiento suicida. [Internet] [Consultado 2016 Abr 19] Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>.
10. Handley T, Hiles S, Inder K, Kay F, Kelly B, Lewin T, Mcevoy M, Peel R, Attia J. Predictors of suicidal ideation in older people: a decision tree analysis. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014;22:1325-35.
11. Pozo M. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2015;1:35-43.
12. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev Med Chile.* 2013;141:1275-82.
13. Ordóñez IA, Franco SA, González JO. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. *Rev.colomb.psiquiater.* 2013;42:56-64.
14. Durkheim E. *El Suicidio.* 2004. 2 ed Argentina: Losada; 1897.
15. Zhang D, Yang Y, Sun Y, Wu M, Xie H, Wang K, et al. Characteristics of the Chinese rural elderly living in nursing homes who have suicidal ideation: A multiple regression model. *Geriatr Nurs.* 2017;38:423-30.
16. Park S, Cho S, Moon S. Factors associated with suicidal ideation: Role of emotional and instrumental support. *J Psychosom Res.* 2010;69:389-97.
17. Bethancourt Y, Bethancourt J, Moreno Y, Saavedra A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. *Mediciego.* 2015;21.
18. Guridi M, García F, Medina A, Pérez M, Dorta Z. Caracterización de pacientes geriátricos con intento suicida en un área de salud. *Rev. Psicología Científica.com.* 2007.
19. Moreno A. El suicidio en el anciano institucionalizado. *Alcmeon.* 2011;17:162-8.
20. Brent DA, Melhem N. Familiar Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatr Clin North Am.* junio de. 2008;31:157-77.
21. Vidal D. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Alcmeon.* 1999;8:103-12.
22. Lee H, Hahm M, Park E. Differential association of socio-economic status with gender- and age-defined suicidal ideation among adult and elderly individuals in South Korea. *Psychiatry res.* 2013;210:323-8.
23. Calvo J, Sanchez R, Tejada P. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. Salud pública.* 2003;5:123-43.
24. Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2017 Forensis, datos para la vida. Bogotá; 2018.
25. Castro S, Gómez C, Gil F, Uribe M, Miranda C, de la Espriella M, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Rev.colomb.psiquiater.* 2013;42:27-35.
26. Dome P, Kapitany B, Ignits G, Porkolab L, Rihmer Z. Tobacco consumption and antidepressant use are associated with the rate of completed suicide in Hungary. An ecological study. *J. psychiatr. res.* 2011;45:488-94.
27. Conwell Y, van Orden K, Caine ED. Suicidio en ancianos. *Psiquiatr Biol.* 2012;19:127-36.
28. Cukrowicz K, Duberstein P, Vannoy S, Lynch T, Mcquoid D, Steffens D. Course of Suicide Ideation and Predictors of Change in Depressed Older Adults. *J Affect Disord.* 2009;113(1-2):30-6.
29. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra.* 2002;25 Supl. 3:87-96.
30. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental Tomo 1. Bogotá; 2015.
31. Macana N. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2011.
32. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. [Consultado 2016 Abr 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.
33. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Defunciones no fetales 2015 [Internet]. [Consultado 2016 Abr 28]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.
34. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Tasa de suicidios en Colombia permanece estable [Internet]. [Consultado 2016 Sept 14]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tasa-de-suicidios-en-Colombia-permanece-estable.aspx>.
35. Cardona D, Segura AM, Segura A, Muñoz D, Jaramillo D, Lizcano D, et al. Índice de vulnerabilidad de los adultos mayores, en tres ciudades de Colombia, 2016. *Biomédica.* 2018;38:101-13.
36. Londoño N, Rogers L, Castilla J. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int. j. psychol. res.* 2012;5:142-50.
37. Campo A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Discriminación en la Vida Cotidiana: Consistencia y estructura interna en estudiantes de medicina. *Rev. med. Risaralda.* 2015;21: 39-42.
38. Arredondo NHL, Rogers HL, Tang JFC, Gómez SLP, Arizal NLO, Pérez MÁJ, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int. j. psychol. res.* 2012;5:142-50.
39. Alarcón R. Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Int. j. psychol. res.* 2006;40:99-106.
40. Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening Performance of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a Diverse Elderly Home Care Population. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16: 914-21.
41. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Evaluating physical incapacity: the Barthel index. *Revista Española de Salud Pública.* 1997;71:127-37.
42. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. *Gaceta Sanitaria.* 2003;17:51.
43. Martínez M, Sánchez A, Toledo E, Faulín FJ. *Bioestadística amigable.* 2 a ed España: Díaz de Santos; 2014.
44. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Intento de suicidio Código INS: 356. Sistema Nacional De Vigilancia En Salud Pública, Subsistema de información SIVIGILA, Ficha de notificación. 2018.
45. Lee H-Y, Hahm M-I, Park E-C. Differential association of socio-economic status with gender- and age-defined suicidal ideation among adult and elderly individuals in South Korea. *Psychiatry Research.* el 30 de noviembre de. 2013;210: 323-8.

46. Wu L, Shen M, Chen H, Zhang T, Cao Z, Xiang H, et al. The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:1020-8.
47. Bork Min K, Goo Park S, Hee Hwang S, Min J. Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. *Preventive Medicine*. 2015;71:72-6.
48. Kim SH. Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatric Nursing*. 2016;37:9-12.
49. Castro S. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Rev. colomb. psiquiatr*. 2013;43:1-84.
50. Chang Q, Chan CH, Yip PSF. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine*. 2017;191 Supplement C:65-76.
51. Witte TK, Joiner TE, Brown GK, Beck AT, Beckman A, Duberstein P, et al. Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2006;94:165-72.