

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN
ANCIANOS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORA:

ROSSA PAOLA ROJAS SAGÁSTEGUI

ASESORA:

DRA. LUZ MILAGROS JARA PEREDA

TRUJILLO – PERÚ
2015

RESUMEN

OBJETIVO: Demostrar que el género, el no tener religión, ausencia del conyugue, educación superior, comorbilidad física, comorbilidad psiquiátrica y el antecedente familiar de suicidio son factores de riesgos asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo Julio – Diciembre del año 2015.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de casos y controles retrospectivo en paciente ancianos con trastorno depresivo mayor; 14 casos y 28 controles, siendo los casos quienes presentaron ideación suicida y los controles los que no presentaron. Se efectuó un análisis mediante la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas.

RESULTADOS: se aprecia una mayoría de mujeres (71%) en la población ancianos con trastorno depresivo mayor, con igual proporción en ancianos con presencia de ideación suicida (64%) y en ausencia de ideación suicida (75%), igualmente se aprecia mayoría de ancianos que si profesan una religión (90%) en ancianos con trastorno depresivo mayor, como en ancianos con presencia de ideación suicida (93%) y en ausencia de ideación suicida (89%); además una mayoría de ancianos que conviven con su cónyuge (57%) en ancianos con trastorno depresivo mayor, sobresaliendo en ancianos con ausencia de ideación suicida (71%) y una mayoría de ancianos con ausencia del cónyuge en aquellos que presentan ideación suicida (71%); asimismo se observa una mayoría de ancianos sin educación superior (52%), como en ancianos con presencia de ideación suicida (57%) y en ausencia de ideación suicida (50%); a la vez se halló una mayoría de ancianos con 1 o 2 comorbilidades (74%), encontrándose un menor número de comorbilidades en ancianos sin ideación suicida (86%); simultáneamente se observó una mayor porcentaje de ancianos sin comorbilidad psiquiátrica (98%) y de la misma manera en ancianos con (93%) y sin (100%) ideación suicida; finalmente se evidenció una mayoría de ancianos sin antecedentes familiares de suicidio, sin embargo se encontró un alto porcentaje de ancianos que no presentan antecedentes familiares de suicidio en aquellos que no han presentado ideación suicida

CONCLUSIONES: Se establece la ausencia de cónyuge, el antecedente familiar de suicidio, la comorbilidad física, son factores de riesgo para ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor, con significancia estadística. Además, una asociación no significativa entre el sexo, la religión que profesa, estudios superiores y comorbilidad siquiátrica con la ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.

PALABRAS CLAVES: anciano, educación superior, comorbilidades físicas, comorbilidades psiquiátricas, antecedente familiar de suicidio, ideación suicida.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Show that the gender, no religion, absence of spouse, higher education, physical comorbidity, psychiatric comorbidity and family history of suicide risk factors are associated with suicidal ideation in elderly patients with major depressive disorder in Trujillo Regional Teaching Hospital.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective study of cases and controls in the elderly patient with depressive disorder was made mayor; 14 cases and 28 controls, with the cases who presented Controls suicidal ideation and those who had not. I was undertaken UN para square Chi test analysis by qualitative variables.

RESULTS: a majority of women (71%) in elderly patients with major depressive disorder, with equal proportions in elderly patients with presence of suicidal ideation (64%) and in the absence of suicidal ideation (75%), also can be seen can be seen most elderly if They profess a religion (90%) in elderly patients with major depressive disorder, as in the elderly with the presence of suicidal ideation (93%) and in the absence of suicidal ideation (89%); plus a majority of elderly living with their spouse (57%) in elderly patients with major depressive disorder, excelling in elderly patients with no suicidal ideation (71%) and a majority of elderly with no spouse in those with suicidal ideation (71 %); Also a majority of elderly people without higher education (52%), as in the elderly with the presence of suicidal ideation (57%) and in the absence of suicidal ideation (50%) is observed; while a majority of elderly with 1 or 2 comorbidities (74%), being a smaller number of comorbidities in the elderly without suicidal ideation (86%) was found; simultaneously a greater percentage of elderly people without psychiatric comorbidity was observed (98%) and in the same way in elderly (93%) and without (100%) suicidal ideation; finally a majority of elderly people without family history of suicide was evident, however a high percentage of elderly who have no family history of suicide in those who have not presented suicidal ideation found

CONCLUSIONS: The absence of spouse, family history of suicide, physical comorbidity, are risk factors for suicidal ideation in elderly patients with major depressive disorder, with statistical significance is established. In addition, no significant association between gender, religious affiliation, college and psychiatric comorbidity with suicidal ideation in elderly patients with major depressive disorder.

KEYWORDS: Old, higher education, physical comorbidities, psychiatric comorbidities, family history of suicide, suicidal ideation.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años han mejorado los cuidados en salud, lo que ha dado lugar a un incremento en la esperanza de vida, aumentando sustancialmente el número de personas mayores de 65 años. Un adulto que tiene actualmente 60 años vivirá en promedio 21,6 años más. Se espera que en el año 2.050 existan dos billones de adultos mayores de 60 años en el mundo. Junto con aumentar los años de vida, aumentaran las enfermedades asociadas a la edad, siendo la depresión geriátrica una de ellas, por lo que constituye hoy un tema central de discusión social y prioridad en salud pública, entre otras patologías^{1,2}.

La depresión geriátrica esta descrita en el Manual Diagnostico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) como un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años^{3,4}.

Es frecuente que los adultos mayores con patologías medicas crónicas, deterioro cognitivo o perdida de funcionalidad, presenten cuadros depresivos, causando sufrimiento, conflictos familiares y disminución de la funcionalidad en el paciente, evidenciándose, además, un empeoramiento de las patologías de base^{5,6}.

A pesar de los esfuerzos realizados en la descripción de la depresión geriátrica y en el mejoramiento de los tratamientos, continúan existiendo consecuencias nefastas tanto para las personas afectadas, como para su entorno familiar y social⁷.

En estudios epidemiológicos realizados en Norteamérica se evidencia que la prevalencia de cuadros depresivos es mayor en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la comunidad. Entre 1 y 4% de la población anciana en la comunidad presenta depresión mayor, equivalente a una incidencia de 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14% en pacientes institucionalizados^{7,8}.

Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico, cognitivo como somático, lo que hace que exista discrepancia respecto de las características distintivas de la depresión en el adulto mayor; se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia^{9,10}.

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen^{11,12}.

No existe una clasificación específica para los cuadros depresivos en el anciano, por lo que se ha de utilizar las de la edad adulta que incluyen la depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastorno adaptativo¹³.

La depresión es, hasta en los casos más graves, un trastorno tratable; actualmente se cuenta con tratamientos altamente eficaces para aliviar esta enfermedad. La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de ambos^{14,15}.

El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Según la World Health Organization; el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo. Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años; por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos^{16,17}.

Cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor

de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta^{18,19}.

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en este proceso²⁰.

No obstante, no existe ninguna teoría que explique el suicidio o la ideación suicida de una forma completa. Falta un mayor esclarecimiento e integración de los diferentes modelos para determinar más claramente las condiciones y factores relevantes en el proceso de suicidio, y probablemente no existan unas mismas causas en todos los individuos, sino que son particulares a la historia de cada persona^{21,22}.

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo el que, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza. Una de las hipótesis más consensuadas considera necesaria la aparición de un suceso

estresante generador de ciertas emociones, el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto con la valoración de que tal opción no es posible y de la falta de recursos para aliviar tal crisis. Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo configuran las conductas suicidas^{23,24}.

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo del individuo y realizar una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual. Cuanto mayor número concurran en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación suicida. No obstante, la ausencia de estos no implica que una persona no pueda sufrirla^{25,26}.

Entre los múltiples factores que influyen en el riesgo se debe prestar especial atención si están presentes los siguientes: depresión, alcoholismo, adicción a sustancias, psicosis, intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones, aislamiento, enfermedad física, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio, duelo o pérdida reciente, abuso personal o sexual, o trauma reciente (físico o psicológico)²⁷.

ANTECEDENTES:

Heisel M, et al en el 2010 en Norteamérica; evaluaron las condiciones asociadas a ideaciones suicidas entre los pacientes de atención primaria y examinaron las posibles diferencias de sexo mediante un estudio de cohortes transversal en 626 pacientes de 65 años a más; encontrando que los puntos de

corte óptimos fueron 5 hombres y 3 mujeres para la escala de depresión geriátrica y 1 era óptimo para la muestra total y para los hombres y las mujeres en cuanto a la sub-escala. Concluyendo que la escala de depresión geriátrica y su sub-escala identifican con precisión a los pacientes de mayor edad con ideación suicida²⁸.

Hsiang C, et al en el 2011 en China; investigaron la prevalencia y la asociación de factores de ideación suicida mediante un estudio transversal de base poblacional en 3853 sujetos mayores de 65 años ; encontrando que la prevalencia puntual de ideación suicida ancianos fue de 6.1 %, el sexo femenino ($p<0.05$), edad mayor de 85 años ($p<0.05$), bajo nivel de educación ($p<0.05$), estado de soltería ($p<0.05$), el desempleo ($p<0.05$), no tener ingresos ($p<0.05$), discapacidad ($p<0.05$), tabaquismo ($p<0.05$), mala o muy mala salud auto percibida ($p<0.05$), síntomas depresivos ($p<0.05$), diversos trastornos físicos (enfermedades del corazón, diabetes, asma, osteoporosis), se asociaron fuertemente con la ideación suicida. Concluyendo que los sujetos de edad avanzada que son mujeres, o ex fumadores, y tienen síntomas depresivos, enfermedades del corazón o no tienen ingresos deben ser advertidos sobre el riesgo de suicidio²⁹.

Almeida O, et al en el 2012 en Reino Unido; estudiaron los factores asociados con pensamientos suicidas con el objetivo de determinar la asociación independiente entre la ideación suicida, los estilos de vida, factores demográficos, socioeconómicos, psiquiátricos y médicos, mediante un estudio transversal en 21290 adultos con 60 a 101 años respectivamente; encontrando que la prevalencia a las 2 semanas de ideación suicida fue del 4.8%, el género masculino

($p < 0.05$), la educación superior ($p < 0.05$), el tabaquismo actual ($p < 0.05$), vivir solo ($p < 0.05$), pobre apoyo social ($p < 0.05$), ausencia de práctica religiosa ($p < 0.05$), la tensión financiera ($p < 0.05$), el abuso físico en la infancia ($p < 0.05$), la historia de suicidio en la familia ($p < 0.05$), comorbilidades ($p < 0.05$), el dolor ($p < 0.05$); eran factores asociados de forma independiente con la ideación suicida³⁰.

Mellqvist M, et al en el 2012 en Australia; examinaron las asociaciones entre los factores sociales y de comportamiento suicida (incluyendo ideación, comportamiento suicida no mortal, o muertes) mediante una revisión sistemática en 16 artículos con pacientes de 65 años a más; encontrando que al menos en los países industrializados, la conexión social es limitada asociada con ideación suicida, conducta suicida no fatal, y el suicidio en la edad adulta; la mayoría de los factores sociales examinados en esta revisión se pudieron conceptualizar como índices de sociabilidad positivos y conectividad con el grado de participación positiva con la familia, los amigos y los grupos sociales. Concluyendo que los programas de prevención primaria diseñados para mejorar las conexiones sociales, así como un sentido de comunidad puede disminuir potencialmente el riesgo de suicidio³¹.

Sugawara N, et al en el 2013 en Japón; estudiaron las diferencias de género en factores asociados con ideación suicida y síntomas depresivos entre 5878 trabajadores japoneses de mediana edad (40 a 60 años); encontrando que el estado civil ($p < 0.05$), ausencia de la técnica de reducción de estrés ($p < 0.05$) y baja compatibilidad de trabajo ($p < 0.05$); fueron factores de riesgo independientes significativos para la ideación suicida entre los hombres; en las mujeres, el estado

civil ($p < 0.05$), sensación de falta de sueño ($p < 0.05$) y la falta de técnicas de reducción de estrés ($p < 0.05$); eran importantes factores de riesgo independientes; el empleo temporal ($p < 0.05$); también mostró un efecto protector contra la ideación suicida en el sexo femenino. Concluyendo que se necesitan estudios adicionales para examinar las relaciones longitudinales entre los factores de riesgo asociados a la ideación suicida y los síntomas depresivos³²

JUSTIFICACIÓN:

Tomando en cuenta la información disponible, resulta ampliamente reconocida la elevada prevalencia de trastorno depresivo mayor en la población geriátrica de nuestro medio, resaltando el hecho de que en este grupo la ideación suicida se constituye una característica muy frecuente; observándose en este grupo etáreo en particular, la consumación de esta iniciativa con mucha frecuencia; resulta por lo mismo relevante el conocimiento de las condiciones personales y socioculturales que se asocian con la presencia de estos síntomas en particular de aquellas que son potencialmente modificables con la finalidad de en base a ellos determinar un perfil de riesgo para poder intervenir oportunamente en el paciente y en su entorno inmediato; y de esta manera evitar la ocurrencia de desenlaces fatales; considerando por otro lado el escaso número de publicaciones afines a esta línea de investigación en nuestro medio; es que nos planteamos el presente proyecto.

II. PLAN DE INVESTIGACION

FORMULACION DEL PROBLEMA CIENTIFICO

¿El género, el no tener religión, ausencia del conyugue, educación superior, comorbilidad física, comorbilidad psiquiátrica y el antecedente familiar de suicidio son factores de riesgos asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional Docente de Trujillo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Demostrar que el género, el no tener religión, ausencia del cónyuge, educación superior, comorbilidad física, comorbilidad psiquiátrica y el antecedente familiar de suicidio son factores de riesgos asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Precisar si el género y el no tener religión son factores de riesgo asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.
- Señalar si la ausencia del cónyuge y el tener instrucción superior son factores de riesgo asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.
- Evidenciar si el antecedente familiar de suicidio son factores de riesgo asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.
- Mostrar si la comorbilidad física y comorbilidad psiquiátrica son factores de riesgo asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.

HIPÓTESIS:

H₀: El género, ausencia de religión, ausencia del cónyuge, educación superior, comorbilidad física, comorbilidad psiquiátrica y el antecedente familiar de suicidio no son factores de riesgos asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.

H_a: El género, ausencia de religión, ausencia del cónyuge, educación superior, comorbilidad física, comorbilidad psiquiátrica y el antecedente

familiar de suicidio son factores de riesgos asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.

III. MATERIAL Y METODOS

MATERIALES Y METODOS

POBLACIÓN DIANA O UNIVERSO:

Pacientes ancianos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor atendidos en consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo Julio – Diciembre del año 2015.

POBLACIONES DE ESTUDIO:

Pacientes ancianos con diagnóstico de depresión mayor atendidos en consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo y que cumplen con los criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

- ✓ **Casos:**

- Pacientes mayores de 65 años, con ideación suicida que estén de acuerdo en participar con la investigación.

✓ **Controles:**

- Pacientes mayores de 65 años, sin ideación suicida que estén de acuerdo en participar con la investigación.

Criterios de exclusión:

✓ **Casos y controles**

- Pacientes con diagnóstico de otra comorbilidad psiquiátrica además de trastorno depresivo mayor: delirium, demencia moderada a severa y con antecedente de intento de suicidio.

MUESTRA:

Unidad de Análisis

- Paciente anciano con diagnóstico de depresión mayor atendidos en Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Muestreo

- Hoja de recolección de datos.

Tamaño Muestral

Se empleó la ecuación de un estudio de casos y controles para determinar el tamaño muestral:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96 \text{ para } \alpha = 0.05$$

$$Z_{1-\beta} = 0,84 \text{ para } \beta = 0.20$$

P₁ : es la frecuencia de la exposición entre los casos

P₂ : es la frecuencia de la exposición entre los controles

r : Razón de número de controles por caso

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$P_1 = 0.67^{30}$$

$$P_2 = 0.23^{30}$$

$$R: 2$$

Luego:

Almeida O, et al en el 2012 en Reino Unido encuentran que la frecuencia de estar soltero fue de 67% en el grupo con ideación suicida y de solo 23% en el grupo sin ideación suicida

Reemplazando los valores, se tiene:

n = 14

CASOS: (Ancianos con depresión mayor e ideación suicida) = 14 pacientes.

CONTROLES: (Ancianos con depresión mayor sin ideación suicida) = 28 pacientes.

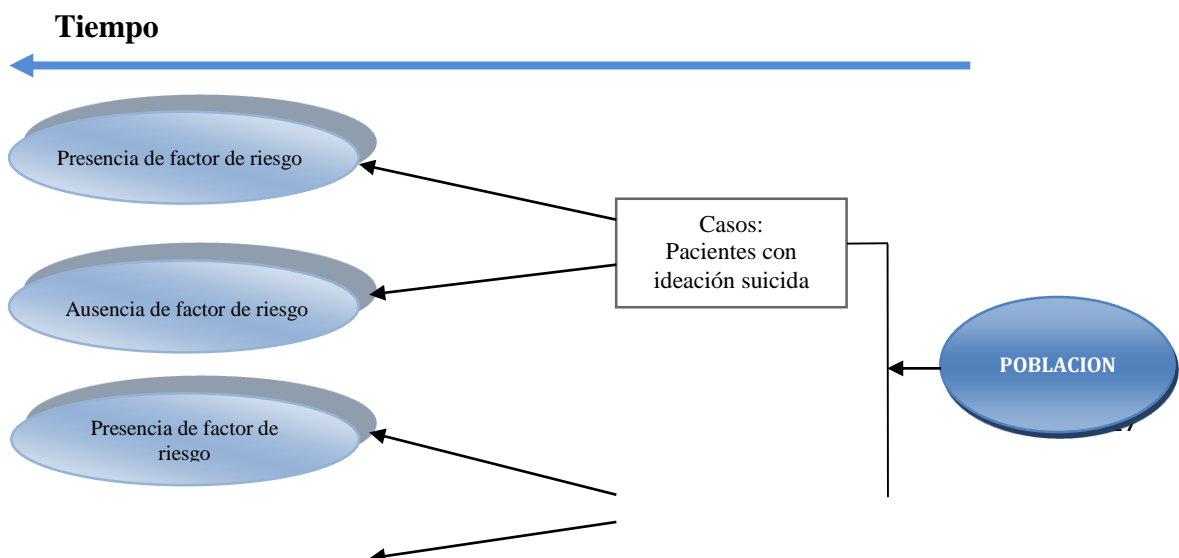
IV. DISEÑO DEL ESTUDIO

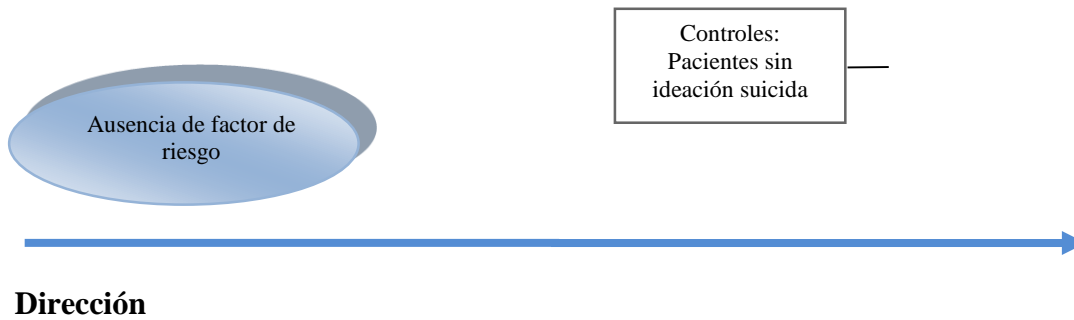
TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo analítico – retrospectivo de casos y controles.

DISEÑO ESPECÍFICO

Se ha realizado un estudio retrospectivo de casos y controles en pacientes ancianos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, cuyos datos fueron obtenidos a través de sus historias clínicas; en consultorios externos de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, para identificar los factores de riesgo asociados a ideación suicida.





VARIABLES

- **Variable Dependiente:** Ideación suicida
- **Variable Independiente:** Género, ausencia de religión, ausencia de cónyuge, educación superior, comorbilidad física, comorbilidad psiquiátrica, antecedente familiar de suicidio.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **Ideación suicida:** Presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer un acto suicida en las 4 semanas previas a la consulta, en un individuo sin antecedente de intento suicida⁶.
- **Género:** Condición de género masculino o femenino del paciente²³.
- **Ausencia de religión:** paciente que no pertenece a religión alguna²³.

- **Ausencia de cónyuge:** Paciente quien en la actualidad no tenga convivencia con pareja alguna²⁴.

- **Educación Superior:** Paciente que tenga un grado de instrucción universitario o instituto²⁵.

- **Comorbilidades Físicas:** Paciente con diagnóstico de enfermedades crónicas: insuficiencia cardiaca crónica, insuficiencia respiratoria crónica, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, neoplasias, infecciones crónicas (tuberculosis, infección por VIH, hepatitis B o C), accidente cerebrovascular²⁶.

- **Comorbilidades Psiquiátricas:** Trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, esquizoafectivo, trastornos somatomorfos, trastornos disociativos, uso de sustancias y demencia leve²⁷.

- **Antecedente familiar de suicidio:** Paciente que tenga familiares de primer grado con historia de suicidio o intento de suicidio²⁷.

V. PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE DATOS

Se realizaron las coordinaciones necesarias con las autoridades del Hospital Regional Docente de Trujillo y se obtuvo el permiso correspondiente para el protocolo de recolección de datos (Anexos). Al conseguirlo se contactó a los pacientes ancianos de consultorio externo de Psiquiatría que cumplan con los requisitos de inclusión y exclusión, a quienes mediante una charla informativa se les pidió el consentimiento, para realizar la entrevista; en ella se menciona el interés por parte de la investigación y el aporte. Se les solicitó qué respondan a la hoja de recolección de datos, acompañándolos durante el proceso para resolver cualquier duda o dificultad en relación con la misma. Al culminar la aplicación se elaboró la base de datos con el fin de presentarlos a la estadista a cargo. Luego se realizó la discusión respectiva de los mismos, con el fin de confirmar y descartar hipótesis planteadas en la investigación.

VI. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos se recolectaron de manera directa y ordenada de cada uno los pacientes ancianos con diagnóstico depresivo mayor, en Consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo. Para el procesamiento de la información se utilizó una computadora Core i3 con Windows XP PROFESIONAL 2010 y el Paquete estadístico el paquete estadístico IBM SPSS V 22.0.

Se hará uso de la prueba estadístico chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los factores de riesgo en estudio; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Se obtendrá el OR para el correspondiente factor de riesgo en cuanto a su asociación con la presencia de ideación suicida, si este es mayor de 1 se realizará el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁰. Además, se respetó y cumplió los principios éticos: Principios de beneficencia y no maleficencia, principios de justicia y principio de autonomía.

VIII. RESULTADOS

TABLA N°1
FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ANCIANOS
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Factores	Ideación suicida				Total		Chi		Odds Ratio		
	Presente		Ausente				Cuadrado	Sig.	IC 95%		
	f	%	f	%	f	%	X ²		OR	Li	Ls
Sexo											
Mujer	9	64	21	75	30	71	,53	,469	,60	,15	2,40
Varón	5	36	7	25	12	29					
Religión											
Si	13	93	25	89	38	90	.138	,710	1.56	.15	16.53
No	1	7	3	11	4	10					
Ausencia de Cónyuge											
Si	10	71	8	29	18	43	7,00	,008**	6,25	1,51	25,86
No	4	29	20	71	24	57					
Educación Superior											
Si	6	43	14	50	20	48	,19	,662	,75	,21	2,73
No	8	57	14	50	22	52					
N de comorbilidades											
3-4	7	50	4	14	11	26	6,16	,013*	6,00	1,35	26,60
1-2	7	50	24	86	31	74					
Comorbilidad psiquiátrica											
Si	1	7	0	0	1	2	2,05	,152	3,15	2,01	4,94
No	13	93	28	100	41	98					
Antecedente familiar de suicidio											
Si	7	50	1	4	8	19	13,05	,000**	27,0	2,8	257,2
No	7	50	27	96	34	81					
Total	14	100	28	100	42	100					

**p<.01; *p<.05

En la tabla 1:

Se aprecia una mayoría de mujeres (71%) en ancianos con trastorno depresivo mayor, con igual proporción en ancianos con presencia de ideación suicida (64%) y en ausencia de ideación suicida (75%), igualmente se aprecia mayoría de ancianos que si profesan una religión (90%) en ancianos con trastorno depresivo mayor, como en ancianos con presencia de ideación suicida (93%) y en ausencia de ideación suicida (89%); además una mayoría de ancianos que conviven con su cónyuge (57%) en ancianos con trastorno depresivo mayor, sobresaliendo en ancianos con ausencia de ideación suicida (71%) y una mayoría de ancianos con ausencia del cónyuge en aquellos que presentan ideación suicida (71%); asimismo se observa una mayoría de ancianos sin educación superior (52%), como en ancianos con presencia de ideación suicida (57%) y en ausencia de ideación suicida (50%); a la vez se halló una mayoría de ancianos con 1 o 2 comorbilidades (74%), encontrándose un menor número de comorbilidades en ancianos sin ideación suicida (86%); simultáneamente se observó un mayor porcentaje de ancianos sin comorbilidad psiquiátrica (98%) y de la misma manera en ancianos con (93%) y sin (100%) ideación suicida; finalmente se evidenció una mayoría de ancianos sin antecedentes familiares de suicidio, sin embargo se encontró un alto porcentaje de ancianos que no presentan antecedentes familiares de suicidio en aquellos que no han presentado ideación suicida.

Análisis e interpretación de resultados:

Estos resultados evidencian una asociación altamente significativa ($p < 0.01$) entre la ausencia del cónyuge (OR: 6.25; IC95%: 1.51 - 25.86) y la presencia de antecedentes familiares de suicidio (OR: 27; IC95%: 2.8 – 257.2) con la ideación suicida y una asociación significativa entre en el número de comorbilidades (OR: 6; IC95%: 1.35 – 26.6) con la ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor. Además, una asociación no significativa entre el sexo, la religión que profesa, estudios superiores y comorbilidad psiquiátrica con la ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor.

IX. DISCUSIÓN

- Acorde a los resultados hallados se demostró que existe una asociación altamente significativa entre la ausencia de cónyuge, antecedente familiar con suicidio y la ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor. Esto es corroborado por Hsiang M. (2010), quien hace referencia al estado de soltería como un factor fuertemente asociado a la ideación suicida en ancianos. Sugawara N, et al (2013), también refiere al estado civil como factor de riesgo independiente significativo. Mellqvist M, et al (2012), en un estudio basado en la comunidad canadiense por Lapierre se reportó que al no haber una pareja actual se asoció con deseos de muerte. Almeida O, et al (2012), agrega además a la historia de suicidio en familia como factor asociado en forma independiente con la ideación suicida. Barrientos del Llano G, et al (2010), también considera al antecedente familiar de suicidio como factor altamente asociado a ideación suicida. El Ministerio de Salud de Uruguay identificó los siguientes factores sociales de riesgo de suicidio en el anciano, riesgo que aumenta en la medida en que el anciano envejece: prejuicios contra la vejez, soledad aislamiento, reducción de ingresos con cambios bruscos en la situación económica, jubilación y también se destacan los factores familiares que constituyen riesgo para el comportamiento suicida del anciano: viudez, especialmente en el primer año del duelo; antecedentes familiares de suicidio.

- En cuanto al número de comorbilidades físicas se demostró que existe asociación significativa con ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor. Van Orden K, et al (2010), encuentra que hallazgos consistentes han surgido de los estudios de los adultos mayores que han muerto por suicidio (es decir, estudios de autopsias psicológicas), lo que indica que la enfermedad psiquiátrica, especialmente la depresión; el aislamiento social de la familia, amigos y la comunidad; deterioro funcional; enfermedad física; y el dolor representa una constelación de factores de riesgo que caracterizan a los adultos mayores con mayor riesgo de suicidio.
- Por último, no se ha encontrado asociación significativa entre el género, el no tener religión, tener instrucción superior y la comorbilidad psiquiátrica, con ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor. Los resultados de este trabajo concuerdas con previos estudios en China e India, Hott – Lunstad y colaboradores, refieren que las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social. Almeida O, et al (2012), no encuentra asociación entre la ideación suicida con la educación superior. Sin embargo, en contraste, encuentra asociación significativa con el sexo femenino y ausencia de práctica religiosa. El estudio realizado por Dombrowski y colaboradores, mostró que los ancianos deprimidos con intento de suicidio y severa ideación suicida tienen peor desempeño cognitivo y ejecutivo comparados con los ancianos deprimidos que no han tenido comportamientos suicidas; y además los ancianos

actúan en forma más decidida sus pensamientos suicidas que las ancianas, diferencia que es más pronunciada a medida que se incrementa la edad.

X. CONCLUSIONES

- Se ha establecido que existe una asociación altamente significativa ($p < 0.01$) entre la ausencia del cónyuge, la presencia de antecedentes familiares de suicidio y la ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Se encontró una asociación significativa ($p < 0.01$) el número de comorbilidades físicas con la ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- No existe asociación significativa ($p > 0.01$) entre el género, el no tener religión, tener instrucción superior y comorbilidad psiquiátrica con la ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

XI. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones complementarias a la presente, que permitan precisar los diversos factores de riesgo asociados a ideación suicida en ancianos.
- Desarrollar programas preventivos de salud mental en poblaciones de riesgo; detectar casos con trastorno depresivo mayor para su tratamiento oportuno.
- Mejorar la conectividad social, ya que éste es un factor que nos ayuda a comprender la conducta suicida y a prevenirla.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Dechent C. Depresión geriátrica y trastornos Cognitivos.Rev Hosp Clin Univ Chile 2010; 19: 339 – 46.
- 2.-Arranz L, Perez F, Petidier R. Depresión en el anciano .Otra epidemia del siglo XXI? Capítulo II. Sociedad Española de Geriatria y. Natural Ediciones, 2010. .
- 3.-Lyness J. Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. Int J Geriatr Psychiatry 2010;23:249-56.
- 4.-Guerra, M. Ferri, C., Sosa, A. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. The British Journal of Psychiatry,2010; 195: 510-515.
- 5.-Martín Lesende I, Gorroñogoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortése JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2011; 42:388---93.
- 6.-Lupón J, González B, Santaeugenia S, Altimir S, Urrutia A, Mas D, et al. Implicación pronóstica de la fragilidad y los síntomas depresivos en una población ambulatoria con insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol. 2011;61:835---42.

- 7.-Ravaglia G, Forti P, Lucicesare A, Rietti E, Pisacane N, Mariani E, et al. Prevalent depressive symptoms as a risk factor for conversion to mild cognitive impairment in an elderly Italian cohort. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;16:834---43.
- 8.-Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Imbimbo BP, et al. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;18:98---116.
- 9.-Rosenberg PB, Mielke MM, Qian-Li Xue, Carlson MC. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18: 204-11.
- 10.-Szanto K, Gildengers A, Mulsant B, Brown G, Alexopoulos G, Reynolds C. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behavior in the elderly. *Drug Aging*. 2010; 22 (3): 11-24.
- 11.-Dolder C, Nelson M, Stump A. Pharmacological And Clinical Profile of Newer Antidepressants: Implications for the Treatment of Elderly Patients. *Drugs & Aging*. 2010; 27(8):625-640.
- 12.-Ribot V. Suicide in elderly people. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2012;11(5)699-708.
- 13.-Diniz B, Butters M, Albert S, Amanda M, Reynolds C. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community- based cohort studies. *BJP*. 2013;202:329-335.
- 14.-Custodio N. Depression and dementia in the mental health of old age. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014; 77 (4):34-38.

- 15.-Serfaty M, Haworth D, Blanchard M. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care. *Archives of General Psychiatry*; 2010; 66 (12):1332-1340.
- 16.-Gallegos K, García C, Mudgal J. Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosomatic Research*.2011.66 (2):127-135.
- 17.-Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34: 451–68.
- 18.-Van Orden K, Conwell Y. Suicides in late life. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13: 234–41.
- 19.-De Leo D, Krysinska K, Bertolote J, Fleischmann A, Wasserman D. Suicidal behaviours on the five continents among the elderly. In *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (eds D Wasserman, C Wasserman): 693–702. Oxford University Press, 2010.
- 20.-Barrientos del Llano G, Clavijo Portieles A. Conducta suicida y su manejo en atención primaria de salud. En: Álvarez Sintes R. (editor científico). *Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social*. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2010; 3 (5):267-270.
- 21.-Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2011; 19(4): 289-303.

22.-Agüera L. Psiquiatría en el anciano. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (editores). Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores. 2011; 4 (8):661-672.

23.-Szanto K, Gildengers A, Mulsant B, Brown G, Alexopoulos G, Reynolds C. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behavior in the elderly.

Drug Aging. 2010; 22 (3): 11-24.

24.-Dolder C, Nelson M, Stump A. Pharmacological And Clinical Profile of Newer

Antidepressants: Implications for the Treatment of Elderly Patients. Drugs & Aging. 2010;27(8):625-640.

25.-Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis 2011; 32: 88–98.

26.- Pfeiffer P, Ganoczy D, Ilgen M, Zivin K, Valenstein M. Comorbid anxiety as a suicide risk factor among depressed veterans. Depress Anxiety 2011; 26: 752–7.

27.-Bolton J, Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. Am J Public Health 2010; 100: 2473–80.

28.-Heisel M. Duberstein P. Leyness J. Feldman M. Screening for Suicide Ideation among Older Primary Care Patients. 2010; 23: 260-269.

- 29.-Hsiang C. Yih C. Lun Y. Min C. Prevalence and Association of Suicide Ideation among Taiwanese Elderly – A Population-based Cross-sectional Study. *Taiwán*-2011; 34: 197-204.
- 30.-Almeida O. Draper B. Snowden J. Lautenschlager N. Pirkis J. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. 2012; 201: 466-472.
- 31.-Mellqvist M. Van K. Duberstein P. Erlangsen A. Lapierre S. Canetto S. De León D. Szanto K. Waern M. A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. 2012; 9: 722-745.
- 32.-Sugawara N. Yasui N. Sasaki G. Tanaka O. Gender Differences in Factors Associated with Suicidal Ideation and Depressive Symptoms among Middle-aged Workers in Japan. *Japón*- 2013; 51: 202-213.
- 33.-Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2010;101:27–34.
- 34.-Ajetunmobi O, Taylor M, Stockton D, Wood R. Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: A nationwide cohort study, 1986-2010. *BMJ Open*. 2013. 10 (11); 34-38.
- 35.-Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine H, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013. 6(13)61611-6.

36.-Husky M, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J Affect Disord.* 2013; 151:1059–65.

37.-Castro S, Gómez C, Gil F. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Rev Colomb Psiquiat.* 2013;43(S 1):27–35

38.-Kleinbaum DG. *Statistics in the health sciences: Survival analysis.* New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

XIII. ANEXO

Factores de riesgos asociados a ideación suicida en ancianos con trastorno depresivo mayor en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: _____ años

II: VARIABLE DEPENDIENTE:

Ideación suicida: Si () No ()

	Estoy totalmente en desacuerdo	En parte en desacuerdo	En parte de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1.Las personas con las que me relaciono no me necesitan para nada.				
2.Creo que seré incapaz de tener suficiente coraje como para enfrentar la vida.				
3.Para impedir que las cosas se empeoren, creo que el suicidio es la solución.				
4.Pienso en morirme como una forma de resolver mis problemas.				
5.Para no sentirme mal o solo/a, la solución es morirse.				
6.Si mis cosas empeoraran, creo que me mataría.				

III: VARIABLE INDEPENDIENTE

Género:	Masculino ()	Femenino ()
Religión:	Si ()	No ()
Ausencia de cónyuge:	Si ()	No ()
Educación superior:	Si ()	No ()

Comorbilidad física:	Si ()	No ()
1 - 2	Si ()	No ()
3 - 4	Si ()	No ()
5 o más	Si ()	No ()
Comorbilidad psiquiátrica	Si ()	No ()
Antecedente familiar de suicidio:	Si ()	No ()