

Factores asociados a la ideación suicida y el dolor crónico en pacientes adultos mayores asistidos en un hospital general de la ciudad de Buenos Aires

Héctor L. Brienza, Daniel L. Matusevich, María V. Lapelle, Vanina L. Pagotto y José L. Faccioli

RESUMEN

Introducción: el siguiente estudio tuvo como finalidad explorar algunas características demográficas asociadas al dolor crónico y el desarrollo de ideas de suicidio en una población de pacientes mayores de 65 años.

Método: se realizó un estudio observacional y analítico de corte transversal mediante el relevamiento de datos a partir de historias clínicas de pacientes mayores de 65 años que concurren a los consultorios externos del equipo de geriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, entre junio de 2018 y diciembre de 2018.

Resultados: se incluyó en el estudio un total de 222 pacientes, de los cuales 50 (23%) presentaron indicadores de dolor crónico y 33 pacientes (14,6%) lo hicieron de ideación suicida. Mediante estudio de correlación se estableció que estar ocupado, padecer dolor crónico y haber tenido más de una internación psiquiátrica son factores que incrementan el riesgo de presentar ideación suicida. Las variables ideación suicida, edad, y el estado civil –separado o divorciado en comparación con estar casado– son factores asociados a la presencia de dolor crónico.

Conclusiones: el dolor crónico y la ideación suicida son factores que contribuyen a aumentar la fragilidad en personas mayores y deben ser estudiados en mayor profundidad para comprender los distintos modos de expresión de la patología psiquiátrica en esta población.

Palabras clave: epidemiología, dolor crónico, riesgo de suicidio, personas mayores.

ASSOCIATED FACTORS WITH SUICIDAL IDEATION AND CHRONIC PAIN IN ELDERLY PATIENTS ASSISTED IN A GENERAL HOSPITAL OF THE CITY OF BUENOS AIRES

ABSTRACT

Introduction: the following study aimed to explore some demographic characteristics associated with chronic pain and the development of suicidal ideas in a population of patients over 65 years.

Method: an cross-sectional observational and analytical study was carried out by collecting data from clinical histories of patients over 65 years of age who attended the external offices of the geriatrics team of the Psychiatry service of the Italian Hospital of Buenos Aires between June 2018 and December 2018.

Results: a total of 222 patients were included in the study, of which 50 (23%) presented indicators of chronic pain and 33 patients (14.6%) had suicidal ideation. A correlation study established that being employed, suffering from chronic pain and having had more than one psychiatric hospitalization are factors that increase the risk of presenting suicidal ideation. The variables suicidal ideation, age, and separated or divorced marital status compared to being married are factors associated with the presence of chronic pain.

Conclusions: chronic pain and suicidal ideation are factors that contribute to increasing frailty in elderly patients and should be studied in greater depth to understand the different modes of expression of psychiatric pathology in this population.

Key words: epidemiology, chronic pain, suicide ideation, elderly.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2020; 40(4): 191-198.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo y multideterminado, que ha crecido en forma exponencial en el último tiempo, afectando a una gran parte de la población y convirtiéndose así en un problema de salud pública mundial. Esto se ve reflejado en el informe de la Organización Mundial de la Salud, en el cual se expone que –en el año 2012– se produjeron 804 000 muertes por suicidio en todo el mundo¹.

En dicho informe y en correlación con investigaciones internacionales, se hace hincapié en visibilizar que dicha problemática afecta de modo particular a la población de adultos mayores. En esta franja etaria, las tasas de suicidio son particularmente elevadas y dejan en evidencia la vulnerabilidad de esta población en cuanto a presentar actos suicidas². En esta misma línea, la Organización Panamericana de la Salud informa que las personas de 70 años o mayores presentan una tasa de suicidio de 12,4 por 100 000, la más elevada entre los diferentes grupos de edad en toda América³.

Al analizar factores de riesgo predisponentes a promover un acto suicida, las investigaciones señalan como un

Recibido: 10/01/20

Aceptado: 23/09/20

Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: hector.brienza@hospitalitaliano.org.ar

problema crítico el desarrollo de enfermedades médicas crónicas y el dolor físico concomitante. Evaluando estas consideraciones y entendiendo que el propio proceso de envejecimiento trae aparejados cambios fisiológicos y psicológicos, vemos que este sector de la población particular debe ser un foco de atención por parte de los especialistas con el fin de identificar y prevenir el desarrollo de factores que se asocian a la generación de ideas suicidas.

Por otro lado, la literatura muestra que existen factores de riesgo sociodemográficos específicos para esta edad (aislamiento social, estado civil, duelo) o clínicos (demencia, deterioro cognitivo y enfermedades físicas), los cuales han presentado una correlación significativa con el comportamiento suicida en adultos mayores⁴.

En particular, el problema de dolor crónico ha sido señalado en distintas investigaciones como un factor que incrementa el riesgo de suicidio en forma considerable por el impacto que esto conlleva en la calidad de vida de las personas⁵. Este fenómeno que se esgrime como una manifestación común en la población anciana no siempre es reconocido en su magnitud por los agentes de salud⁶.

Si bien sabemos que los problemas de salud son potenciales causas de dolor y padecimiento crónico, muchas veces se consideran como parte de la vivencia “esperable” de los adultos mayores y no se les da el valor significativo que tienen en la vida cotidiana. Máxime, si consideramos que en varias ocasiones esto trae aparejados síntomas depresivos que suman una perspectiva de mayor vulnerabilidad y predisposición a la gestación de actos suicidas.

Sumada a estas consideraciones que venimos planteando, la singularidad de los procesos depresivos en la vejez hace que en numerosas ocasiones los trastornos en el estado de ánimo no sean reconocidos o sean subdiagnosticados, debido a la complejidad que presentan, lo que redundará en una desatención del riesgo suicida de los pacientes.

La depresión de los adultos mayores presenta características particulares tales como un aumento en las ideas de desesperanza y falta de proyectos vitales a largo plazo que resultan, también, un factor de riesgo específico⁷.

En el envejecimiento, la enfermedad física, la depresión y las ideas de desesperanza desempeñan un papel importante en el comportamiento suicida de las personas mayores y, en muchas oportunidades, tales fenómenos coexisten⁸. Son numerosos los estudios que han dado cuenta del vínculo entre dolor y suicidio⁹.

Los mecanismos por los cuales el dolor crónico influye en la ideación suicida aún no han sido completamente esclarecidos. Se han propuesto modelos donde el dolor crónico afecta el estado de salud general a partir del desarrollo de cuadros psicopatológicos como la depresión, se ha estudiado cómo el dolor emparentado a las enfermedades crónicas actúa sobre el sufrimiento y la falta de objetivos vitales e incluso se ha propuesto que el dolor crónico ejerce influencia sobre variables socioeconómicas a partir de la

discapacidad que genera, las cuales podrían actuar como un disparador en el desarrollo de ideas de suicidio¹⁰. Las características particulares de los procesos depresivos que atraviesan los adultos mayores convierten a esta población en un grupo de riesgo, sobre el que es necesario incrementar los medios para la detección y tratamiento con el fin de evitar las posibles consecuencias en el desarrollo de la enfermedad no tratada. Una de las posibles consecuencias dentro de los cuadros depresivos es el desarrollo de ideas de muerte y la realización de actos suicidas.

A diferencia de los suicidios en adultos jóvenes y de edad media, el suicidio en personas mayores se asocia a enfermedades físicas y al deterioro funcional siendo estos los factores de estrés más comunes en dicha población que comete suicidio¹¹. También pueden estar asociados a lo que uno de los autores de esta investigación planteó en un trabajo previo: la identidad¹²: la identidad de las personas con rasgos narcisistas está definida por lo que hacen, no por lo que son; en consecuencia, dejar de trabajar implica dejar de ser, concretamente caer en el abismo de los que no tienen identidad.

Si bien las investigaciones han puesto de relieve factores universales de riesgo asociados a la conducta suicida, existen diferencias culturales y psicológicas que han motivado la necesidad de estudiar las características de los pacientes en contextos diversos buscando describir las formas de presentación de la conducta de riesgo autolítica y así mejorar la calidad de los datos en las distintas poblaciones de pacientes.

OBJETIVO

El objetivo del estudio fue analizar las asociaciones entre algunas características demográficas, variables clínicas, variables de tratamiento, la presencia de ideas de suicidio y el dolor crónico en una población de adultos mayores pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires.

MÉTODO

Diseño y población

Se llevó a cabo un estudio observacional y analítico de corte transversal de pacientes mayores a 65 años que asistieron a la consulta ambulatoria en la Unidad de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, entre los meses de diciembre de 2017 y diciembre de 2018. Se incluyeron las consultas de pacientes que fueron admitidos por primera vez así como las de pacientes que se encontraban previamente realizando tratamiento en el período comprendido por la investigación. En la Unidad de Psicogeriatría consultan pacientes afiliados al sistema prepago del Plan de Salud del Hospital Italiano pertenecientes al Plan Mayor, que cuenta con 80 000 socios activos. Además consultan pacientes de otros sistemas de salud, de características similares; pertenecen a la clase social media y media alta y viven en la Ciudad Autónoma

de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense. La información se obtuvo de los registros médicos electrónicos. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos con un cuestionario diseñado para el estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 65 años que consultaron ambulatoriamente a la Unidad de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Criterios de exclusión: datos incompletos en la historia clínica electrónica.

VARIABLES

Se recolectó información referente a datos sociodemográficos: edad, sexo, nacionalidad, estado civil legal, religión, grupo de convivencia, escolaridad, ocupación y tipo de ingreso económico basado en la clasificación nacional censal. Se evaluó la presencia de riesgo suicida, mediante el relevamiento en la historia clínica de alguna manifestación por parte de los pacientes de pensamientos de carácter suicida, o la manifestación de un plan con carácter autolesivo. Se estudió el antecedente de internaciones psiquiátricas, la solicitud de evaluación cognitiva, la presencia de trastorno neurocognitivo mayor (definido por el DSM IV R), la presencia de indicadores de trastornos afectivos (definidos por el DSM IV R), indicadores de alteraciones en el sueño y la presencia de indicadores de dolor crónico, definida como la manifestación de una sensación subjetiva de dolor que posee una duración mayor de tres meses.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas fueron expresadas como media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartil 25-75 según la distribución de los datos.

Las variables cualitativas se expresan mediante frecuencia absoluta y relativa.

Se utilizó la prueba t de Student para comparar las medias entre grupos para las variables continuas con una distribución normal, la prueba de U de Mann-Whitney para comparar los rangos entre grupos para las variables de intervalo que no cumplían con una distribución normal; chi cuadrado en las variables nominales u ordinales y el test de Fisher cuando no se cumplían las condiciones estadísticas requeridas para el chi cuadrado. Se consideró un alfa de 5%, con un nivel de confianza de 95% para todos los cálculos estadísticos.

Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para determinar los *odds ratio* ajustados (AOR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% para las variables dolor crónico e ideación suicida.

El análisis estadístico se realizó con el *software* STATA 13.0®.

Consideraciones éticas

Para la planificación y ejecución de esta investigación se tuvieron en cuenta las normas de investigación en salud para seres humanos a nivel nacional e internacional, siguiendo las regulaciones de las resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas. El estudio tuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se mantuvo el anonimato de los participantes, con acceso restringido solo al personal autorizado para resguardar la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Sobre un total de 256 historias clínicas evaluadas se descartaron 34 por falta de información. De los datos recogidos en las 222 historias clínicas utilizadas para el estudio se desprende que un total de 168 (75,7%) pacientes eran mujeres. La media para la edad fue de 77,7 (DS 6,1). Considerando el estado civil del total de pacientes, la mitad eran viudos 111 (50%), casados 74 (33,3%), separados o divorciados 24 (10,8%) y solteros 13 (5,9%).

La mayoría de los pacientes eran argentinos 202 (91%), la segunda nacionalidad más frecuente fue la italiana 11 (5%), seguidos por españoles 7 (3,1%) y otras nacionalidades 2 (0,9%).

Al estudiar el grupo de convivencia se observó que 110 (49,5%) vivían solos, 105 (47,3%) en un hogar con pareja sola y 7 (3,2%) residían en instituciones geriátricas. Del total de pacientes 30 (13,51%) cuentan con algún tipo de acompañante rentado para su asistencia.

Con respecto al nivel educativo alcanzado se relevaron datos sobre un total de 200 pacientes, quienes informaron que habían cursado estudios primarios 28 (14%), secundarios 102 (50%), terciarios 36 (18%), universitarios 25 (12%), y sin escolaridad formal 9 (4,5%).

Del total de pacientes, en 178 se pudo registrar la religión; 95 (53,3%) informaron que profesan algún tipo de culto. Se registró que 182 pacientes (82%) se encuentran desocupados.

Al investigar las patologías del total de la muestra, los trastornos del estado de ánimo fueron los de mayor prevalencia con 195 pacientes (87,8%), manifestaron indicadores de trastornos de sueño 98 (44,5%), 96 (43,2%) cumplieron criterios para el diagnóstico de trastorno neurocognitivo y 33 (14,87%) pacientes presentaron indicadores de riesgo suicida. Tuvieron indicación de algún tipo de tratamiento farmacológico 202 pacientes (91%) y 100 personas (44,6%) recibieron tratamiento psicoterapéutico.

Sobre el total de la muestra se les indicó la realización de una evaluación cognitiva a 99 (44,6%) pacientes y 21 (9,8%) pacientes participaron de terapias de estimulación cognitiva. Se pudo observar que 9 pacientes habían tenido al menos 1 internación psiquiátrica.

Del total de la población estudiada, 53 pacientes (23,88%) presentaron indicadores de dolor crónico. En la tabla 1 se comparan las características de los pacientes según la presencia de dolor crónico.

Fueron factores asociados en forma independiente a la presencia de dolor crónico: la presencia de ideas suicidas, la edad, y el estado civil separado/divorciado al ser comparado con estar casado. En la tabla 2 se observan los OR crudos y ajustados a la presencia de dolor crónico.

Presentaron indicadores de ideación suicida 33 pacientes (14.6%). Se examinaron las relaciones bivariadas entre las variables demográficas y la presencia de indicadores de ideación suicida. En la tabla 3 se comparan las características de los pacientes según la presencia del ideación suicida. Se proporcionan los porcentajes por separado para los participantes con presencia de ideas suicidas y aquellos que no la presentaron. Fueron factores asociados independientemente del desarrollo de ideas de suicidio el tener un trabajo activo, padecer de

Tabla 1. Comparación de las características por grupos de acuerdo con la presencia de dolor crónico

Característica	Ausencia de dolor crónico n = 169	Presencia de dolor crónico n = 53	Pvalor
Hombre ^a	44 (26)	10 (18,9)	0,38
Edad ^b	77,35 (5,82)	79 (6,88)	0,087
Nacionalidad ^a			
Argentino	150 (88,8)	52 (98,1)	0,209
Español	7 (4,1)	0	
Italiano	10 (5,9)	1(1,9)	
Otras	2 (1,2)	0	
Estado civil ^a			
Casado(a)	61 (36,1)	13 (24,5)	0,013
Divorciado(a) o Separado(a)	12 (7,1)	12 (22,6)	
Soltero(a)	10 (5,9)	3 (5,7)	
Viudo(a)	86 (50,9)	25 (47,2)	
Hogar ^a			
Geriatrico	5 (3,0)	2 (3,8)	0,9
Nuclear	79 (46,7)	26 (49,1)	
Unipersonal	85 (50,3)	25 (47,2)	
Acompañante	18 (10,7)	12 (22,6)	0,046
Algún título universitario ^a	32 (18,9)	12 (22,6)	0,694
Trabaja actualmente ^a	30 (17,8)	10 (18,9)	1
Al menos 1 internación psiquiátrica ^a	5 (3,0)	4 (7,5)	0,281
trastorno neurocognitivo ^a	70(41,4)	26 (49,1)	0,412
Trastorno del sueño ^a	73 (43,2)	25 (49,0)	0,567
Ideación-suicida ^a	18 (10,7)	15 (28,3)	0,003
Tratamiento farmacológico ^a	153 (90,5)	49 (92,5)	0,88
Más de un psicofármaco ^a	14 (8,3)	7 (13,2)	0,424
Psicoterapia ^a	73 (43,2)	26 (49,1)	0,55
Taller de estimulación cognitiva ^a	18 (10,7)	4 (7,5)	0,692

^a frecuencia absoluta y relativa n (%)

^b media y desvío estándar m (SD)

Tabla 2. Factores asociados a la presencia de dolor crónico

Variables	OR crudo (IC 95%)	p valor	OR ajustado (IC 95%)	p valor
Acompañante	2,45 (1,07 5,47)	0,029	2,08(0,11-5,21)	0,112
Ideación suicida	3,31 (1,52 7,18)	0,002	3,54 (1,53-8,18)	0,002
Edad	1,04 (0,99 1,10)	0,087	1,06 (1,01-1,13)	0,040
Estado civil				
Casado	referencia			
Divorciado(a) o Separado(a)	4,69 (1,73-13,01)	0,002	4,81 (1,68-14,19)	0,003
Soltero	1,40 (0,29 5,39)	0,637	1,14 (2,18-4,75)	0,858
Viudo	1,36 (0,65 2,95)	0,414	0,97 (4,23-2,30)	0,957

dolor crónico, haber tenido al menos una internación psiquiátrica, y estar en tratamiento psicoterápico. En la tabla 4 se observan los OR crudos y ajustados al riesgo suicida.

DISCUSIÓN

El presente estudio buscó descubrir si un conjunto de variables sociodemográficas y clínicas podrían ser factores asociados al hecho de presentar los pacientes mayores ideas de suicidio y dolor crónico.

De nuestro trabajo se desprenden diversos hallazgos. Al analizar los factores asociados a la presencia de ideación suicida, hemos observado que existe una correlación positiva entre tener pensamientos autoagresivos y el encontrarse en un trabajo activo. Estos resultados contradicen los hallazgos de otras investigaciones que han postulado esta variable como un factor de protección^{13,14}. Esta asociación puede considerarse como producto de varias circunstancias, entre las que se pueden señalar: las características particulares de esta población, la definición amplia de ideación suicida utilizada o el uso de fuentes secundarias en la recolección de datos.

Con respecto a las características de la población estudiada es importante remarcar que, en la Argentina, la edad de finalización de la actividad laboral es 65 años, siendo a partir de ese momento la principal fuente de ingreso una pensión de retiro. El sostenimiento de un trabajo se asocia habitualmente en medios más favorecidos a una búsqueda de desarrollo personal o vocacional para sostener objetivos vitales. Las condiciones singulares de cada persona así como del medio social en el que se llevan a cabo imponen características únicas al desarrollo de actividades laborales. El incremento en el número de adultos mayores con capacidad laboral, las exigencias de un medio económico desfavorable, los posibles efectos sobre la autoestima de las exigencias de una vida laboral activa, entre otras múltiples

variables podrían explicar en parte la asociación hallada. Diversos estudios han establecido un incremento en el riesgo de suicidio ante contextos económicos adversos^{15,16}.

Si bien no es posible encontrar una explicación única para un fenómeno complejo como el de los factores psicosociales que influyen en la aparición de pensamientos autolíticos, nuestros hallazgos remarcan la importancia de brindar una especial atención al estudio de los factores de riesgo, con el fin de disminuir el error de pasar por alto las señales de peligro debido a la presencia de factores considerados en la literatura científica como protectores tales como el de la vida laboral activa.

En cuanto al hecho de padecer dolor crónico y el riesgo de presentar ideas de suicidio nuestros hallazgos parecen replicar lo encontrado por otros autores¹⁷⁻¹⁹. Existe una asociación entre la presencia de pensamientos autoagresivos y dolor crónico. El suicidio constituye una herramienta para escapar a situaciones de dolor físico y las limitaciones que trae aparejado.

La variable edad se encontró asociada a la presencia de dolor crónico; esta es una característica bastante conocida dentro de la población de adultos mayores. El dolor persistente altera la funcionalidad dificultando el pronóstico y la comorbilidad con patologías psiquiátricas. El dolor crónico es un problema de alta prevalencia en el anciano debido a estar comúnmente asociado a enfermedades crónicas que aumentan con la edad^{20,21}.

Entre las variables estudiadas, el divorcio se relacionó con un aumento en la prevalencia de dolor crónico en comparación con estar casado. La mayoría de los estudios epidemiológicos han señalado la asociación entre estas dos variables²²⁻²⁴.

Esta relación podría comprenderse mediante los modelos holísticos que establecen los eventos de la vida como un mediador en la relación entre factores de la personalidad,

Tabla 3. Comparación de las características por grupos de acuerdo con la presencia de riesgo de suicidio

Característica	Ausencia de ideación suicida n = 189	Presencia de ideación suicida n = 33	P valor
Hombre ^a	46 (24,3)	8 (24,2)	1,000
Edad ^b	77,94 (6,16)	76,64 (5,84)	0,261
Nacionalidad ^a			
Argentino	169 (89,4)	33 (100,0)	0,280
Español	7 (3,7)	0 (0,0)	
Otras	2 (1,1)	0 (0,0)	
Estado civil ^a			
Casado(a)	61 (32,3)	13 (39,4)	0,557
Divorciado(a) o Separado(a)	19 (10,1)	5 (15,2)	
Ignorado.	2 (1,0)	0 (0,0)	
Soltero(a)	12 (6,3)	1 (3,0)	
Viudo(a)	97 (51,3)	14 (42,4)	
Hogara			
Geriátrico	5 (2,6)	2 (6,1)	0,532
Nuclear	91 (48,1)	14 (42,4)	
Unipersonal	93 (49,2)	17 (51,5)	
Acompañante	24 (12,7)	6 (18,2)	0,566
Algún título universitario ^a	40 (21,2)	4 (12,1)	0,334
Trabaja actualmente ^a	29 (15,3)	11 (33,3)	0,025
Al menos 1 internación psiquiátrica ^a	5 (2,6)	4 (12,1)	0,039
Trastorno neurocognitivo ^a	79 (41,8)	17 (51,5)	0,396
Trastorno del sueño ^a	82 (43,9)	16 (48,5)	0,761
Trastornos afectivos ^a	163 (86,2)	32 (97,0)	0,147
Dolor crónico ^a	35 (19,0)	15 (45,5)	0,002
Tratamiento farmacológico ^a	172 (91,0)	30 (90,9)	1,000
Más de un psicofármaco ^a	15 (7,9)	6 (18,2)	0,125
Psicoterapia ^a	77 (40,7)	22 (66,7)	0,010
Taller de estimulación cognitiva ^a	19 (10,1)	3 (9,1)	1,000

^a frecuencia absoluta y relativa n (%)

^b media y desvío estándar m (SD)

el apoyo social percibido y el dolor crónico. Los factores sociales y psicológicos son importantes para explicar el dolor crónico en los pacientes²⁵.

Debido a las características de este trabajo no es posible determinar si el dolor crónico es un factor previo o posterior al acontecimiento de la separación, pero existen estudios que vinculan el inicio del padecimiento de dolor con un incremento en la tasa de divorcios cuando el miembro de la pareja es de sexo femenino²⁶. El dolor crónico podría

ser un factor asociado a un aumento en la vulnerabilidad física y mental que actúa como estresor que colabora en el desgaste de los vínculos en las pacientes.

El desarrollo de ideas de suicidio se asoció a haber tenido al menos una internación psiquiátrica y encontrarse en tratamiento psicoterapéutico. Diversos estudios han subrayado que pacientes con un alto riesgo de suicidio a menudo tienen problemas psiquiátricos frecuentes²⁷. Por otra parte, la proporción de pacientes que informan acerca

Tabla 4. Factores asociados al riesgo suicida

Variables	OR crudo (IC 95%)	p valor	OR ajustado (IC 95%)	p valor
Trabaja actualmente	2,758 (1,178 -6,217)	0,016	2,930 (1,178- 7,137)	0,018
Dolor crónico	3,547(1,617- 7,740)	0,001	3,268 (1,406- 7,582)	0,005
Tto farmacológico	0,988 (0,307 -4,415)	0,985	1,679 (0,467- 8,040)	0,461
Más de una internación	5,075(1,197-20,282)	0,020	5,88 (1,119-29,332)	0,029
Más de un psicofármaco	2,577(0,858- 6,963)	0,071	2,080 (0,564- 6,827)	0,242
Psicoterapia	2,909 (1,359-6,555)	0,007	3,502 (1,470- 8,921)	0,006

de tener ideación suicida es mucho más grande entre pacientes hospitalizados que entre pacientes ambulatorios²⁸.

Los pacientes con presencia de ideas autoagresivas constituyen una población vulnerable que requiere una serie heterogénea de estrategias en su abordaje. La mayoría de los especialistas han señalado la necesidad de establecer pautas de cuidado para prevenir el riesgo de comportamiento suicida, entre las que se incluyen la hospitalización y la realización de tratamientos psicoterapéuticos basados en la evidencia^{29,30}. La asociación de estas variables parecería indicar que, dentro de la población en riesgo, las medidas de cuidado como la hospitalización y el seguimiento psicoterapéutico son preferidas por los equipos de salud mental como estrategias para disminuir el riesgo potencial. Entre las limitaciones de la investigación es preciso mencionar que se trata de un estudio exploratorio. Se deben realizar estudios adicionales de carácter prospectivo para examinar las posibles asociaciones entre las variables que se han estudiado y la conducta suicida consumada.

Se trató de un estudio elaborado a partir de registros electrónicos de la historia clínica. Los datos se basaron en los informes recabados por los profesionales que evaluaron las enfermedades y el riesgo suicida, lo que puede haber conducido a una información insuficiente y la posible introducción de algún sesgo. Sin embargo, se ha demostrado que los pensamientos informados son suficientemente válidos para justificar su uso en la investigación³¹.

El riesgo de suicidio entre pacientes con dolor debería recibir una atención especial por parte de los equipos de salud mental. Los pacientes con dolor pueden ver el suicidio como un medio para escapar del sufrimiento. Pacientes de edad avanzada, con enfermedades crónicas, expuestos a estresores sociales y ambientales que incrementan su vulnerabilidad deben ser objeto de mayor investigación, ya que constituyen una población en riesgo de salud sobre el cual es posible intervenir activamente para amortiguar los efectos negativos de la patología y mejorar su calidad de vida.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Suicidio[Internet]. Ginebra: OMS; 2019 sept 2 [citado 2019 sept 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Shah A, Bhat R, Zárate-Escudero S, et al. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. *Aging Ment Health*. 2015; 20:131-8.
- Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas: informe regional [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014 [citado 2019 sept 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>.
- Conejero I, Olié E, Courtet P, et al. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691-9.
- Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2015; 20:166-94.
- Jakobsson U. The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. *Scand J Rheumatol*. 2010; 39:421-9.
- Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, et al. Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychol Med*. 2016; 47:543-52.
- Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, et al. Identification of Suicidal Ideation and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. *Drug Aging*. 2002; 19:11-24.
- Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, et al. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: A population-based study. *Am J Orthopsychiat*. 2007; 77:56-60.
- Kanzler K, Bryan C, McGeary D, et al. Suicidal Ideation and Perceived Burdensomeness in Patients with Chronic Pain. *Pain Pract*. 2012; 12(8):602-9.
- Conwell Y, Orden KV, Caine ED. Suicide in Older Adults. *Psychiat Clin N Am*. 2011; 34:451-68.
- Gaillardou D, Matusevich D. Dolor crónico y tentativa de suicidio en la vejez a través de una narración de caso. *Vertex*. 2014;25(115):231-4.
- Crnek-Georgeson KT, Wilson LA, Page A. Factors influencing suicide in older rural males: a review of Australian studies. *Rural Remote Health*. 2017; 17(4):4020.
- Gunnell D, Platt S, Hawton K. The economic crisis and suicide. *BMJ*. 2009; 338:b1891.

15. O'Dwyer ST, Leo D de. Older adults and suicide. En: Wasserman D, ed. *Suicide: an unnecessary death*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 215-27.
16. Conejero I, Lopez-Castroman J, Giner L, et al. Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(10):94.
17. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006; 36:575.
18. Kim SH. Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatr Nurs*. 2016; 37:9-12.
19. Calati R, Bakhiyi CL, Artero S, et al. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *J Psychiatr Res*. 2015; 71:16-32.
20. Grol-Prokopczyk H. Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. *Pain*. 2017; 158:313-22.
21. Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, et al. Suicidal ideation and physical illness: Does the link lie with depression? *J Affect Disorders*. 2014; 152-154:422-6.
22. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006; 10:287.
23. Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *Eur J Pain*. 2009; 13:287-92.
24. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, et al. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008; 139:498-506.
25. Zeng F, Sun X, Yang B, et al. Life events, anxiety, social support, personality, and alexithymia in female patients with chronic pain: A path analysis. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2015; 8:44-50.
26. Karraker A, Latham K. In *Sickness and in Health? Physical Illness as a Risk Factor for Marital Dissolution in Later Life*. *Journal of Health and Social Behavior*. 2015; 56:420-35.
27. Beck AT, Brown GK, Steer RA, et al. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1999; 29(1):1-9.
28. Brown GK, Beck AT, Steer RA, et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psych*. 2000; 68:371-7.
29. Karel MJ, Gatz M, Smyer MA. Aging and mental health in the decade ahead: What psychologists need to know. *Am Psychol*. 2012; 67:184-98.
30. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiat*. 2016; 3(7):646-59.
31. Baumeister H, Kriston L, Bengel J, et al. High agreement of self-report and physician-diagnosed somatic conditions yields limited bias in examining mental-physical comorbidity. *J Clin Epidemiol*. 2010; 63:558-65.