



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER E IDEACIÓN SUICIDA: REVISIÓN CRÍTICA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
NEUROPSICOLOGÍA

KARLA ALEJANDRA GONCALVEZ
CARRILLO

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR:

Dr. RUEDA GARCES HERNAN ENRIQUE

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DRA. LILIANA CECILIA PANDO FERNANDEZ

PRESIDENTE

MG. SUSANA ELIZABETH MAMANI GUERRA

VOCAL

MG. JACKELINE STELLA CARDENAS OCHOA

SECRETARIA

Dedicatoria

A mis padres, quienes, incluso desde la distancia, nunca han dudado en brindarme su apoyo incondicional, su confianza y su constante motivación a lo largo de mi formación personal y profesional.

A mi hermana, por su acompañamiento permanente y su apoyo constante a lo largo de mi vida.

A mi sobrino, con el deseo de que este logro pueda servirle como ejemplo para creer en sus propias capacidades y entender, que, con esfuerzo y constancia, es posible alcanzar metas académicas y personales.

Agradecimiento

Agradezco a mi asesor de proyecto por la orientación académica, las observaciones y el acompañamiento brindado durante el desarrollo de este trabajo. Asimismo, expreso mi gratitud a los docentes de la Maestría en Neuropsicología, por los conocimientos brindados a lo largo del programa. Y mi agradecimiento al Perú, país que me ha ofrecido valiosas oportunidades de crecimiento académico y profesional, permitiéndome continuar mi formación y ampliar mis horizontes. Finalmente, me agradezco a mí misma por haber sabido aprovechar las oportunidades presentadas y por mantener la constancia y el compromiso con este proceso, incluso en los momentos más difíciles.

Fuente de financiamiento

Trabajo de investigación autofinanciado. Todos los gastos relacionados con el diseño, ejecución, recolección y análisis de datos serán asumidos por la investigadora. No existe financiamiento externo ni conflictos de interés asociados.



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	GONCALVEZ CARRILLO KARLA ALEJANDRA

Pertenecientes al programa de la **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA, ORIENTACIÓN Y TERAPIA SEXUAL, PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y TERAPIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**, autores del trabajo titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER E IDEACIÓN SUICIDA: REVISIÓN CRÍTICA**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA** bajo la modalidad de **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	RUEDA GARCES HERNAN ENRIQUE	FAPSI	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **10%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2993042205**; fecha de entrega: **03-07-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 03 de julio de 2026**

Firma del asesor
Nº DNI: 003360930
ORCID: 0000-0003-1334-6185

Firma del Co-asesor
Nº DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1. Identificación del problema	1
1.1 Objetivos de investigación	6
CAPÍTULO II: Desarrollo del estudio	7
2. Métodos.....	7
2.1. Criterios de elegibilidad	7
2.2. Fuentes de información.....	8
2.3 Búsqueda.....	8
2.4 Selección de los estudios.....	9
2.5. Plan de análisis.....	11
2.6. Lista de datos.....	13
2.7 Síntesis de resultados	17
Resultados	20
Discusión.....	40
CAPÍTULO III: Conclusiones y Recomendaciones	47
Conclusiones	47
Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

Lista de tablas

Tabla 1	Lista de datos de los estudios incluidos	13
Tabla 2	Instrumentos utilizados en los estudios para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer.....	22
Tabla 3	Instrumentos utilizados en los estudios para la evaluación de la Ideación suicida.....	26
Tabla 4	Principales hallazgos encontrados en los estudios revisados.	31
Tabla 5	Recomendaciones orientadas a la prevención de la ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores.	38

RESUMEN

La Enfermedad de Alzheimer constituye una de las principales causas de deterioro cognitivo en adultos mayores y representa un desafío creciente para la salud pública debido a su impacto funcional, emocional y social. En este contexto, la ideación suicida ha emergido como un fenómeno relevante en la literatura científica, en relación con las distintas demencias. El objetivo general de esta investigación fue analizar la asociación entre la EA y la ideación suicida en adultos mayores a partir de la literatura científica publicada en los últimos cinco años. Se realizó una revisión crítica de estudios científicos indexados en bases de datos especializadas, seleccionando investigaciones que abordaran el diagnóstico de Alzheimer, y la evaluación de IS. Los resultados evidencian una marcada variabilidad en los instrumentos y técnicas utilizadas tanto para el diagnóstico de la EA como para la evaluación de la ideación suicida, predominando el uso de registros clínicos, códigos administrativos y, en menor medida, escalas psicométricas estandarizadas. Los hallazgos indican la existencia de una asociación positiva entre la EA y la ideación suicida, con estimaciones de riesgo que sugieren una magnitud moderada. Esta asociación se presenta con mayor intensidad en etapas iniciales del deterioro cognitivo, particularmente cuando las personas conservan mayor conciencia de enfermedad. Asimismo, se identificó una relación consistente entre IS y síntomas depresivos y neuropsiquiátricos. Finalmente, se destacan recomendaciones orientadas a la prevención, como el monitoreo en el periodo postdiagnóstico, la detección y manejo precoz de síntomas psiquiátricos y el fortalecimiento del apoyo psicosocial.

PALABRAS CLAVES: Alzheimer, suicidio, ideación suicida, demencia.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is one of the leading causes of cognitive decline in older adults and represents a growing public health challenge due to its functional, emotional, and social impact. In this context, suicidal ideation has emerged as a relevant phenomenon in the scientific literature, particularly in relation to different types of dementia. The general objective of this study was to analyze the relationship between Alzheimer's disease and suicidal ideation in older adults based on scientific literature published over the last five years. A critical review of studies indexed in specialized databases was conducted, selecting research that addressed the diagnosis of Alzheimer's disease and the assessment of suicidal ideation. The results reveal marked variability in the instruments and techniques used both for the diagnosis of Alzheimer's disease and for the evaluation of suicidal ideation, with a predominance of clinical records and administrative coding systems, and to a lesser extent, standardized psychometric scales. The findings indicate a positive association between Alzheimer's disease and suicidal ideation, with risk estimates suggesting a moderate magnitude. This association is strongest in the early stages of cognitive decline, particularly when individuals retain greater insight into their illness. A consistent relationship was also identified between suicidal ideation and depressive and neuropsychiatric symptoms. Finally, the literature highlights recommendations aimed at preventing suicide risk, such as monitoring during the post-diagnostic period, early detection and management of psychiatric symptoms, strengthening psychosocial support, and implementing safety measures.

KEYWORDS: Alzheimer's disease, suicide, suicidal ideation, dementia

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. Identificación del problema

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es uno de los diagnósticos con mayor prevalencia en los adultos mayores, incrementando su probabilidad de aparición con el aumento de la edad (Lucca et al., 2020; Olfson, et al., 2021); es considerada una enfermedad neurodegenerativa, caracterizada por alteración de la memoria, disminución de la atención sostenida, déficits en el control ejecutivo, dificultad para la adquisición y retención de información, distorsiones en la fluidez del lenguaje, en las habilidades visoespaciales, así como complicaciones para la interacción social, y la autonomía, reduciendo el bienestar psicológico del paciente y su calidad de vida (Sengoku, 2020; Cristóvão & Gomes, 2019).

La alteración de las Funciones Cognitivas y las Funciones Ejecutivas identificadas en las personas con diagnóstico de EA evoluciona de forma progresiva y diferente al proceso de envejecimiento normal en cuanto a velocidad e intensidad de los cambios (Dubbelman et al., 2020), representa una pérdida marcada en la autonomía para actividades cotidianas con evidente alteración del funcionamiento afectivo y conductual (Porsteinsson et al., 2021; Grober et al., 2009; Morales et al., 2010), llevando a que estos pacientes experimenten disminución del bienestar psicológico (Gupta, et al., 2023; Mann, et al., 2019).

El bienestar psicológico es un constructo que teóricamente está dimensionado en autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff & Keyes,

1995). La evidencia empírica sugiere que, al ser afectadas estas dimensiones, tal como ocurre en la EA, eleva la vulnerabilidad emocional y cognitiva del paciente, aumentando la probabilidad de presentar ideación suicida (Montes & Rodrigues, 2019), así como aumento de tentativa de suicidio de hasta cuatro veces sobre otras poblaciones (Roy, et al., 2023; Iwano, et al., 2022; Alejos et al., 2020).

El estado de ánimo depresivo inicial en la EA incrementa el deterioro cognitivo y la dependencia funcional, estos signos depresivos van aumentando a medida que la enfermedad evoluciona (Peters et al., 2015; Wei, et al., 2020; Benoit, et al., 2008; Starkstein et al., 2006), lo que, asociado con la disminución progresiva del bienestar psicológico incrementa la probabilidad de ideación suicida (Gálvez, et al., 2020). La disminución del bienestar psicológico, la depresión y la consecuente ideación suicida han estado presente en los pacientes adultos mayores con diagnóstico de EA, promovido por el pensamiento recurrente de no contar con las herramientas personales y recursos propios para afrontar las situaciones altamente estresantes devenidas por el padecimiento de la enfermedad (Aliño-Dies, et al., 2025; Organización Mundial de la Salud, 2024; Alejos et al., 2023).

Tal como se ha planteado, la ideación suicida en personas con EA puede estar potenciada por la sintomatología depresiva y la disminución del bienestar psicológico (Marchetti, et al., 2023; Alphs et al., 2016; Guo, et al., 2023). Estudios previos indican que la presencia del diagnóstico de EA se asocia con un aumento de riesgo suicida, específicamente 1 de cada 10 pacientes presentan pensamientos suicidas en algún momento del curso de la enfermedad (Desai et al., 2024). Otros estudios indican que la ansiedad y la depresión son síntomas frecuentes en la EA durante las etapas iniciales, donde el paciente puede tener conciencia del deterioro

cognitivo, siendo en esta fase donde se registra un incremento de ideación suicida (Botto, et al., 2022); los intentos de suicidio son cinco veces más comunes en pacientes conforme avanza la edad y en situaciones donde el paciente tiene mayor conciencia del padecimiento de la EA (Riera-Serra, et al. 2023).

La conducta suicida en general, se considera un fenómeno complejo, caracterizado por una serie de comportamientos que comienzan por la Ideación suicida, pasando a planificar el acto, seguido del intento suicida y finalmente el acto del suicidio consumado (Organización Mundial de la Salud, 2025; McKinnon et al., 2016). Si bien la ideación suicida no es un factor determinante, su importancia radica en que es el primer predictor de un intento o acto suicida (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018) aunque no todo ideador se convierte en ejecutante, la ideación activa representa el primer y más fuerte indicador de riesgo (Oyanadel et al., 2020).

Sin embargo, aunque diversos estudios han descrito la presencia de síntomas depresivos y pensamientos suicidas en etapas tempranas de la EA (Botto et al., 2022; Riera-Serra et al., 2023), la relación específica entre la EA, el bienestar psicológico y la ideación suicida aún no se encuentra claramente definida. En la literatura se observan discrepancias metodológicas en los criterios diagnósticos utilizados, la medición de la ideación suicida y la evaluación de variables emocionales (Lanctôt, 2024), lo que dificulta la comparación, generalización y consolidación de los resultados.

Asimismo, la mayoría de las investigaciones provienen de contextos europeos o norteamericanos, donde las condiciones culturales, familiares y de

acceso a servicios de salud difieren de las latinoamericanas (Parra et al., 2020). Esta escasez de evidencia contextualizada representa un vacío relevante, ya que los factores socioculturales podrían influir en la forma en que las personas con EA experimentan y comunican su malestar emocional o pensamientos suicidas (Hedna, et al., 2024, Holmstrand, et al., 2020).

A ello se suma que los instrumentos clínicos empleados para evaluar ideación suicida no siempre han sido validados para personas con deterioro cognitivo (Holmstrand et al., 2021; Chi et al., 2021), lo que podría generar una subestimación del riesgo real en esta población. Además, algunos diseños de estudio excluyen participantes con comorbilidades psiquiátricas o en fases avanzadas de la EA (Cipolletta & Negrisol, 2022), limitando la comprensión integral del fenómeno.

La Enfermedad de Alzheimer (EA), constituye uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, no solo por su alta prevalencia, sino por las consecuencias emocionales, cognitivas y sociales que genera en quienes la padecen y en sus cuidadores (Organización Mundial de la salud, 2025). En este contexto, la ideación suicida en personas con diagnóstico de EA representa un fenómeno de especial interés clínico, ya que suele pasar desapercibido por las limitaciones cognitivas propias de la enfermedad y por la falta de instrumentos adaptados a esta población (Chi et al., 2021; Holmstrand et al., 2020).

Pese a que diversas investigaciones han abordado el riesgo suicida en adultos mayores, la evidencia empírica sobre su asociación específica con la EA sigue siendo escasa y dispersa, particularmente en el ámbito latinoamericano (Parra

et al., 2020). Las diferencias en los criterios diagnósticos, las metodologías empleadas y los instrumentos de medición utilizados han generado resultados heterogéneos, impidiendo establecer conclusiones sólidas sobre la relación entre la neurodegeneración, el bienestar psicológico y la ideación suicida (Lanctôt, 2024; Riera-Serra et al., 2023).

En este sentido, la presente investigación resulta justificada, por su aporte científico y social. Desde el plano académico, permite sistematizar la evidencia empírica reciente sobre la asociación entre la EA y la ideación suicida, identificando los vacíos conceptuales, metodológicos y contextuales que persisten en la literatura. Si bien, una revisión crítica no genera directamente estrategias de prevención, permite identificar vacíos de conocimiento, sistematizar la evidencia existente y proponer puntos prioritarios para futuras investigaciones. De esta forma, los hallazgos de la revisión sirven como base para diseñar estudios locales que profundicen en la relación entre Alzheimer e ideación suicida y, eventualmente, informen el desarrollo de intervenciones y estrategias de prevención adaptadas a la realidad latinoamericana.

Considerando el análisis exhaustivo de estudios previos y la evidencia empírica referida a la asociación entre la EA e ideación suicida en adultos mayores, se construyó una base de conocimiento a nivel metodológico, teórico y contextual, que permite revisar los estudios seleccionados e identificar su implicancia en lo investigativo y para la práctica de los prestadores de servicios de salud (Castro, 2023), por lo que se busca responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida en adultos mayores presentada en la literatura científica de los últimos cinco años?

1.1 Objetivos de investigación

1.1.1 Objetivo general

Analizar la asociación entre la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida en adultos mayores en la literatura científica de los últimos cinco años

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar los instrumentos y técnicas para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores.

Identificar los instrumentos y técnicas para la evaluación de la ideación suicida en adultos mayores.

Examinar los principales hallazgos empíricos sobre la asociación entre la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida en adultos mayores.

Sistematizar las recomendaciones orientadas a la prevención de la ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores.

CAPÍTULO II: Desarrollo del estudio

2. Métodos.

La presente investigación se considera de tipo teórico, la cual se caracteriza por no contar con datos empíricos primarios sino por obtener información de documentos referidos a estudios previos publicados en documentos científicos válidos, (Ato, et al., 2013), el diseño seleccionado se considera de revisión crítica, ya que se implementó una evaluación metodológicamente profunda y argumentada de los documentos seleccionados orientados a formular construcciones interpretativas, teniendo como insumos los documentos seleccionados para alcanzar los objetivos de investigación a través de la identificación de consistencias y vacíos en la información revisada (Garcés & Duque, 2007).

2.1. Criterios de elegibilidad

Criterio	Inclusión	Exclusión	Razón
Idioma	Inglés y español	Otros idiomas	Competencias para la comprensión de textos científicos del investigador. Acceso a documentos internacionales
Contexto	Adultos mayores de 60 años con diagnóstico principal de Enfermedad de Alzheimer y de Ideación Suicida	Pacientes con edades inferiores a los 60 años o con otras condiciones de salud como diagnósticos principales	El grupo diagnóstico y etario seleccionado presenta características neurobiológicas, cognitivas y psicosociales particulares que influyen en la manifestación de la ideación suicida
Diseños de estudio	Investigaciones con diseños empíricos cuantitativos, tales como estudios observacionales (de cohorte, casos y controles, o transversales) y estudios longitudinales, que analicen la asociación	Estudios con diseños cualitativos, revisiones sistemáticas o narrativas, estudios teóricos, cartas al editor, comentarios	Estos diseños permiten identificar asociaciones, patrones y posibles factores de riesgo relacionados con la ideación suicida en pacientes con Alzheimer, respondiendo de manera coherente a los objetivos del estudio.

	entre la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida en adultos mayores.	o reportes de caso, por no permitir un análisis comparativo entre variables.	
Fecha de publicación	2020 a 2025	Anterior a 2020	Información actualizada y vigente
Base de datos	DOAJ, PubMed y LILACS	Otras Bases de datos u otros buscadores	Acceso a artículos científicos de calidad

2.2. Fuentes de información.

Para analizar la literatura sobre la asociación de la Enfermedad de Alzheimer en la Ideación Suicida de adultos mayores se revisaron las siguientes bases de datos:

PubMed: base de datos especializada en ciencias de la salud, medicina, neurociencias y psiquiatría, facilita la ubicación de estudios clínicos y artículos sobre salud mental (National Center for Biotechnology Information [NCBI], 2025).

DOAJ: es una plataforma internacional de indización de revistas científicas de acceso abierto, mantenida por una comunidad global. Su objetivo es asegurar que la investigación de calidad esté disponible gratuitamente para todas las personas. (Directory of Open Access Journals, 2025.)

LILACS: base de datos especializada en investigaciones de América Latina y el Caribe, facilitando el acceso a literatura en español, siendo de libre acceso. (BIREME/OPS/OMS, 2025).

2.3 Búsqueda

Para la búsqueda se utilizaron tanto términos en inglés como en español relacionados con la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida. En inglés, se emplearon las palabras clave: *Alzheimer disease, dementia, cognitive decline, suicidal ideation, suicidal thoughts, suicide, elderly, older adults* y *old age*. En español, se utilizaron los términos: Enfermedad de Alzheimer, demencia, deterioro cognitivo, ideación suicida, pensamientos suicidas, adultos mayores, ancianos y vejez. Estos términos se combinaron mediante operadores booleanos, para identificar estudios recientes que abordaran la asociación entre Alzheimer y la ideación suicida en población adulta mayor.

La búsqueda se realizó a través de la siguiente formula, en inglés: ("Alzheimer disease" OR "dementia" OR "cognitive decline") AND ("suicidal ideation" OR "suicidal thoughts" OR "suicide") AND ("older adults" OR elderly OR "old age"), y en español: ("enfermedad de Alzheimer" OR "demencia" OR "deterioro cognitivo") AND ("ideación suicida" OR "pensamientos suicidas" OR "suicidio") AND ("adultos mayores" OR "ancianos" OR "vejez")

2.4 Selección de los estudios

El proceso de selección se realizó con base a la Guía PRISMA (2020), tomando los siguientes ítems que son aplicables a una revisión crítica individual, al respecto: se describió las bases de datos consultadas y las estrategias de búsqueda (Ítem 7), se especificó las palabras claves y operadores booleanos y los filtros de búsqueda (Ítem 5), sustentó los criterios de inclusión y exclusión en el proceso de selección (Ítem 8). Para desarrollar la selección de los estudios se organizaron cuatro fases:

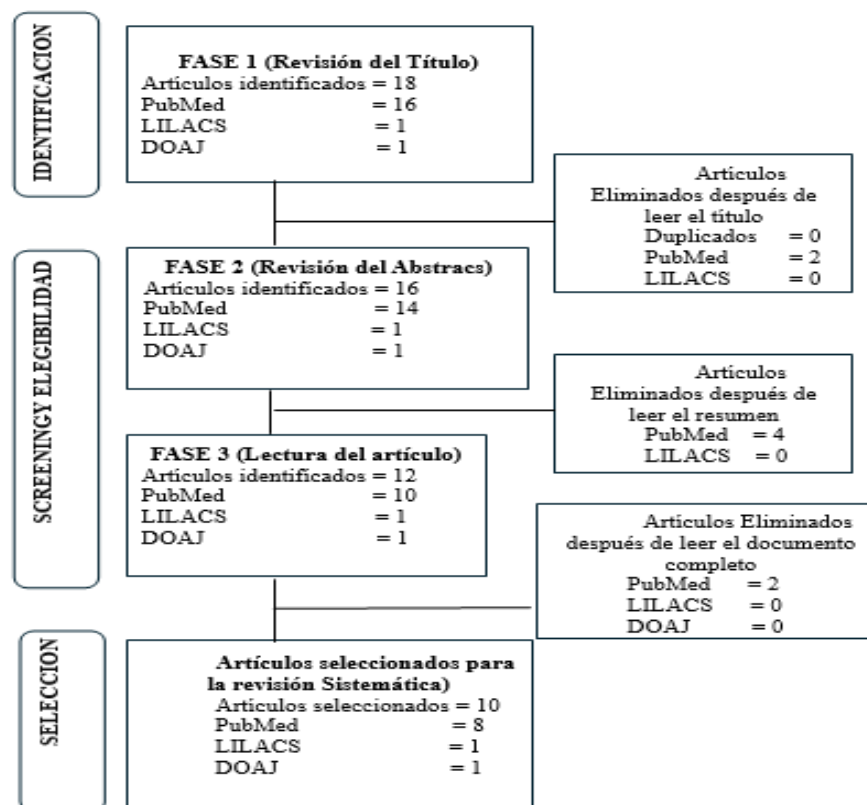
Identificación: Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, LILACS y DOAJ utilizando palabras clave, operadores booleanos y filtros por año, idioma y tipo de documento. Se revisó los títulos para identificar artículos duplicados en diferentes bases de datos.

Screening: Se revisó los resúmenes (abstracts) de los artículos seleccionados en la fase anterior, aplicando nuevamente los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar aquellos pertinentes para la revisión completa.

Elegibilidad: Se realizó la lectura completa de los artículos seleccionados de la fase de *screening*, se evaluó el rigor científico de cada estudio considerando método, tamaño de muestra, presentación de resultados y conclusiones, así como la relevancia sobre los efectos de la Enfermedad de Alzheimer en la ideación suicida de adultos mayores.

Selección final: Se llevó a cabo la revisión crítica de los artículos que cumplieron con todos los criterios anteriores, los cuales se incluyeron en el análisis final de la revisión. (Ver figura 1: Fases del proceso de selección de estudios).

Figura1: Fases del proceso de selección de estudios



2.5. Plan de análisis

El plan para la revisión crítica de los documentos seleccionados consideró las pautas propuestas en la Guía PRISMA 2020 que sean pertinentes al desarrollo de una revisión crítica para el análisis y la síntesis de la información, implementando interpretación crítica y alineada con la matriz de organización de datos (ver anexo 1). La matriz de organización de la información tiene como criterios: base de datos consultada, referencia en formato APA 7, objetivo del estudio, diseño de investigación, variables incluidas, muestra, técnicas e instrumentos utilizados para evaluar el diagnóstico de EA y las ideaciones suicidas en adultos mayores, resultados de las intervenciones pertinentes, así como limitaciones y recomendaciones relacionadas con cada estudio.

En una primera fase se desarrolló la identificación de los instrumentos y técnicas para evaluar la EA y las ideaciones suicidas respectivamente, indagando tanto en los criterios cualitativos como en los criterios cuantitativos, revisando argumentaciones teóricas o empíricas que al respecto se informe.

Paralelamente se abordaron las características de cada estudio (diseño de investigación, participantes, procedimientos, análisis de resultados, entre otras relevantes que emergen en el proceso), esto con la finalidad de identificar sesgos o limitaciones.

En una segunda fase se analizaron los principales hallazgos reportados en cada documento revisado, principalmente vinculados a resultados obtenidos de las asociaciones entre las variables de estudio, información referida a acciones para mejorar las condiciones de los pacientes, diferencias relativas a grupos poblacionales o contexto de investigación y otras variables que estén interviniendo o mediando la asociación entre la EA y la ideación suicida en adultos mayores.

Finalmente se sistematizaron las recomendaciones expuestas, para ello se revisaron los alcances orientados a la prevención de la ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores.

Como producto del análisis se expone una discusión sustentada de la integración de los hallazgos, para posteriormente presentar las conclusiones con los principales aportes de la revisión crítica, con sus respectivas sugerencias.

2.6. Lista de datos

Tabla 1

Lista de datos de los estudios incluidos

Autor(es) / Año	Base de datos	Diseño, método y muestra	Variables de investigación	Hallazgos Claves
Alothman, D., et al. (2022).	PubMed	Estudio de caso-control poblacional, basado en registros múltiples vinculados de atención primaria, secundaria y del registro nacional de estadísticas en Inglaterra (periodo 1 de enero de 2001 a 31 de diciembre de 2019). Población/muestra: 594 674 pacientes (580 159 controles; 14 515 personas que murieron por suicidio); de los que murieron por suicidio, 95 tenían un diagnóstico de demencia.	Diagnóstico de demencia (sí/no), muerte por suicidio, edad al diagnóstico, comorbilidad psiquiátrica, tiempo desde diagnóstico (especialmente primeros 3 meses)	No se halló asociación global significativa entre tener demencia y riesgo de suicidio. Sin embargo, sí se encontró mayor riesgo en: • Pacientes diagnosticados con demencia antes de los 65 años • En los primeros 3 meses tras el diagnóstico • En aquellos con demencia y comorbilidad psiquiátrica
Ferrer-Cairols, I. et al. (2022).	PubMed	Estudio empírico cuantitativo (comparativo, transversal) Población / Muestra: 59 participantes adultos mayores: 22 MCI-AD, 24 MCI-No AD, 13 controles sanos.	Ideación suicida (GDS-SI), depresión (GDS-30), biomarcadores Alzheimer (A β , P-tau, T-tau), grupo diagnóstico (MCI-AD vs MCI-No AD vs controles).	No se identificaron diferencias significativas en depresión entre grupos. En el grupo MCI-AD, niveles más bajos de P-tau y T-tau se relacionaron con mayores puntuaciones GDS-SI sugieren que pacientes con MCI-AD y menor carga patológica podrían tener mayor riesgo de suicidio.

Autor(es) / Año	Base de datos	Diseño, método y muestra	Variables de investigación	Hallazgos Claves
Rodrigues et al., (2024)	PubMed	Estudio poblacional descriptivo (diseño ecológico) basado en datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y del Ministerio de Salud (DataSUS), comparando cifras de los años 2010 y 2022. Población / Muestra: Adultos mayores del estado de São Paulo (Brasil), con registros de mortalidad por Alzheimer y tasas de suicidio.	Tasas de suicidio y mortalidad por Alzheimer entre 2010 y 2022	Se observó un incremento notable tanto en las muertes registradas por Alzheimer como en las tasas de suicidio en adultos mayores. Sin embargo, aunque ambos fenómenos han aumentado, el estudio indica que no es posible establecer una relación directa entre el incremento de muertes por Alzheimer y el aumento del suicidio en esta población.
Naismith, H. et al. (2022)	PubMed	Estudio transversal basado en registros clínicos electrónicos de servicios de salud mental. Población: 18,252 adultos mayores con diagnósticos de demencia (Alzheimer, vascular, Alzheimer/vascular mixta o demencia con cuerpos de Lewy)	Ideación suicida, síntomas neuropsiquiátricos, tipos de demencia, comorbilidades físicas y psíquicas, funcionalidad.	La ideación suicida fue más frecuente en demencia con cuerpos de Lewy que en otros subtipos. Tras ajustar por factores, la ideación suicida se asoció de forma moderada con la presencia de depresión y la demencia con cuerpos de Lewy, y fue menos común en demencia vascular o en pacientes con deterioro funcional.
Ortner, M. et al. (2021)	PubMed	Estudio empírico cuantitativo transversal basado en entrevistas a cuidadores (157 entrevistados), recogiendo datos retrospectivos sobre ideación/conducta suicida en pacientes con demencia de inicio joven (YOD) y tardío (LOD).	Ideación suicida, comportamiento suicida, severidad de la demencia, síntomas psicológicos/psiquiátricos, calidad de vida del paciente, tipo de demencia (incluye Alzheimer), severidad cognitiva y funcional.	Los pacientes con mejor función cognitiva, más síntomas psicológicos/psiquiátricos y peor calidad de vida mostraron mayor ideación suicida. La mayoría de los pacientes con demencia no manifestaron ideación ni conducta suicida. Los pacientes que manifestaron ideación suicida durante las primeras etapas de la demencia a

Autor(es) / Año	Base de datos	Diseño, método y muestra	Variables de investigación	Hallazgos Claves
				menudo dejaron de hacerlo en las etapas avanzadas.
Schmutte, T. et al. (2022)	PubMed	Estudio de cohorte nacional retrospectivo basado en datos de Medicare y el National Death Index para evaluar riesgo de suicidio durante el primer año tras un diagnóstico de Alzheimer o demencias relacionadas (ADRD). Población / Muestra: 2,667,987 adultos mayores ≥ 65 años con diagnóstico reciente de ADRD.	Riesgo de suicidio, edad, comorbilidades psiquiátricas, dolor crónico, consumo de sustancias, residencia rural, tiempo desde el diagnóstico	El riesgo de suicidio aumenta significativamente durante los primeros 90 días tras el diagnóstico. Mayor riesgo en adultos entre 65–74 años. Comorbilidades psiquiátricas y residencia rural incrementan aún más la probabilidad de suicidio.
Alipour-Haris, G. et al. (2022)	PubMed	Estudio retrospectivo transversal basado en base de datos nacional. Población / Muestra: 12 538 hospitalizaciones (entre 2016 y 2018) por conducta suicida en personas con Alzheimer u otras demencias relacionadas.	Diagnóstico de AD/ADRD, ideación suicida, intento de suicidio, hospitalización, modos de daño.	Las hospitalizaciones por conducta suicida fueron menos frecuentes en pacientes con enfermedad de Alzheimer en comparación con otros subtipos de demencia, donde la prevalencia fue mayor. Los métodos de intento suicida más habituales fueron el uso de medicamentos o sustancias.
Rodrigues et al., (2025)	DOAJ	Estudio empírico cuantitativo (estudio preliminar derivado de un caso-control) Población / Muestra: 50 adultos mayores (primer tercio de muestra prevista de 150), comparando grupo Alzheimer	Ideación suicida histórica, intentos de suicidio, calidad de vida (QoL), diagnóstico de EA	Los pacientes con Alzheimer mostraron peor calidad de vida, pero menor suicidabilidad, aunque sin significancia estadística por tamaño muestral reducido. Señalan necesidad de una muestra más grande para conclusiones firmes.

Autor(es) / Año	Base de datos	Diseño, método y muestra	Variables de investigación	Hallazgos Claves
		(25) vs controles sin Alzheimer (25)		
Choi, J. W. et al. (2020)	PubMed	Estudio de cohorte retrospectivo nacional basado en datos del servicio de seguro nacional de Corea del Sur para mayores de 65 años con diagnóstico reciente de demencia (incluye Alzheimer, demencia vascular y otras/indeterminadas) y emparejamiento por puntuación de propensión con grupo sin demencia. Población / Muestra: 36 541 adultos mayores con demencia recién diagnosticada.	Riesgo de muerte por suicidio dentro del primer año post-diagnóstico de demencia, tipo de demencia, edad al diagnóstico, residencia rural, uso de sustancias, comorbilidad en salud mental.	Las personas con demencia presentaron un riesgo incrementado de muerte por suicidio en el primer año tras el diagnóstico. Este riesgo fue también elevado en individuos con Alzheimer y en el periodo de los primeros 90 días post-diagnóstico.
Günak et al. (2021)	LILACS	Cohorte retrospectiva nacional, datos vinculados del sistema VA y Medicare/Medicaid. Población: 147 595 veteranos de EE.UU. ≥50 años (21 085 con MCI; 63 255 con demencia; 63 255 sin MCI/demencia)	Diagnóstico reciente de deterioro cognitivo leve (MCI) o demencia; intentos de suicidio fatal o no fatal; recencia del diagnóstico.	Los adultos mayores con diagnóstico reciente de MCI o demencia presentan mayor riesgo de intentos de suicidio.

2.7 Síntesis de resultados

De los 18 estudios inicialmente identificados, 10 investigaciones empíricas cuantitativas cumplieron los criterios de inclusión establecidos. El resto de los documentos correspondió a revisiones narrativas, sistemáticas con o sin metaanálisis, estudios cualitativos o trabajos que se centran en poblaciones distintas (cuidadores o pacientes con otros diagnósticos) por lo que fueron excluidos del análisis principal, aunque nos permite dimensionar el interés por esta temática en la literatura científica actual.

La recolección se concentra principalmente en el periodo 2020-2025, en coherencia con el criterio definido en el protocolo de búsqueda. En cuanto a la ubicación geográfica de los estudios seleccionados destaca Estados Unidos como el país con mayor representación, aportando tres investigaciones que equivalen al 30 % del total. Le siguen el Reino Unido y Brasil, cada uno con dos estudios (20 %). Los países restantes —España, Alemania y Corea del Sur— aparecen con una sola publicación cada uno (10 %).

La mayoría de los estudios revisados provienen de PubMed, que aporta el 80% del total de publicaciones identificadas. Otras fuentes aparecen de manera puntual, como DOAJ y LILACS, cada una con el 10% de los estudios incluidos. Esta distribución refleja que la evidencia reciente sobre la asociación entre la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida se concentra principalmente en bases de datos biomédicas internacionales, mientras que las fuentes latinoamericanas o de acceso abierto contribuyen de forma más limitada.

En cuanto a la temporalidad, el 50% de las investigaciones se publicaron en el año 2022. Le siguen los estudios publicados en 2021, que representan el 20%, mientras que los años 2020, 2024 y 2025 aportan cada uno el 10% restante.

El número de participantes varió entre los estudios analizados, abarcando desde muestras clínicas pequeñas hasta cohortes poblacionales de gran escala. El 20% de los estudios encontrados, utilizaron bases de datos nacionales con millones de adultos mayores, evidenciando un alto poder estadístico para examinar el riesgo suicida en demencia. Asimismo, el 20 % de los estudios utilizó cohortes poblacionales grandes, con tamaños muestrales que oscilaron entre aproximadamente 30 000 y 150 000 participantes, procedentes de registros administrativos de salud. Por otro lado, un 20% de los estudios recurrieron a muestras intermedias —entre 10 000 y 20 000 registros clínicos— procedentes de servicios de salud mental o sistemas hospitalarios.

También se identificaron investigaciones con grupos más reducidos, representando el 30% de los estudios, sus tamaños muestrales oscilaron entre 50 y 157 participantes. Finalmente, un 10% correspondió a un estudio ecológico basado en datos agregados poblacionales sin un tamaño muestral individual directo.

En cuanto a los objetivos de estudio, el 40 % de las investigaciones ($n = 4$) se centró en examinar el riesgo de suicidio tras el diagnóstico de demencia o Enfermedad de Alzheimer, evaluando principalmente el suicidio consumado o los intentos, con especial énfasis en el primer año posterior al diagnóstico y en factores asociados como la edad, el sexo y la presencia de comorbilidades psiquiátricas. Por su parte, otro 40 % de los estudios ($n = 4$) tuvo como objetivo principal analizar la ideación suicida de manera directa, explorando su asociación con síntomas

depresivos, afectivos y neuropsiquiátricos, así como con el subtipo de demencia y el grado de deterioro cognitivo.

Finalmente, el 20 % de las investigaciones ($n = 2$) incorporó enfoques específicos adicionales, ya sea mediante el análisis de hospitalizaciones por ideación o intentos de suicidio a partir de registros administrativos nacionales, o mediante una perspectiva neurobiológica, examinando la relación entre biomarcadores de Alzheimer, depresión e ideación suicida en etapas tempranas del deterioro cognitivo.

En cuanto a los procedimientos de evaluación, los estudios incluidos evidencian una marcada variabilidad en el uso de instrumentos clínicos y fuentes diagnósticas.

Del total de investigaciones analizadas ($n = 10$), solo cuatro estudios (40%) emplearon baterías neuropsicológicas formales para la evaluación del deterioro cognitivo o la Enfermedad de Alzheimer, utilizando pruebas como el *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Cambridge Cognitive Examination–Revised* (CAMCOG-R), *Alzheimer’s Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale* (ADAS-cog), *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT) y escalas de severidad funcional como el *Clinical Dementia Rating* (CDR).

En contraste, la mayoría de los estudios (60%) se basó exclusivamente en registros clínicos, administrativos o poblacionales, utilizando códigos de la *International Classification of Diseases* (ICD-9/ICD-10), prescripciones farmacológicas y bases de datos hospitalarias o de mortalidad, sin aplicar pruebas cognitivas directas. Asimismo, solo un estudio (10%) reportó explícitamente el uso

de criterios diagnósticos formales internacionales como el DSM-5-TR y NINCDS-ADRDA.

Finalmente, tres investigaciones (30%) complementaron el diagnóstico con técnicas adicionales, como neuroimagen, análisis de laboratorio o escalas funcionales, mientras que los estudios de diseño ecológico se sustentaron exclusivamente en datos agregados poblacionales sin evaluación individual directa.

Resultados

Instrumentos y técnicas utilizadas para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

Los estudios incluidos muestran un uso diverso de instrumentos orientados a establecer el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer, reflejando diferencias sustanciales entre investigaciones clínicas exhaustivas y estudios basados en registros poblacionales.

En los trabajos de evaluación directa, equivalentes al 40% (4 de los 10 estudios incluidos), se emplearon baterías neuropsicológicas ampliamente validadas, como el MMSE, el CAMCOG-R, el ADAS-Cog y el RAVLT, que permiten medir con precisión dominios cognitivos centrales como memoria, orientación, lenguaje, atención y funciones ejecutivas (Choi et al., 2020; Rodrigues et al., 2025; Ferrer-Cairols et al., 2022; Ortner et al., 2021). Estos estudios también incorporaron escalas funcionales y de severidad, entre ellas el CDR y la *Global Deterioration Scale*, fundamentales para caracterizar la progresión del deterioro y diferenciar entre etapas clínicas (Choi et al., 2020; Rodrigues et al., 2025; Ortner et al., 2021). Además, se apoyaron en criterios diagnósticos internacionales como el

National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association criteria (NINCDS–ADRDA) y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), así como en evidencia biomédica obtenida mediante neuroimagen estructural, particularmente *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* o *Computed Tomography (CT)* para confirmar atrofia hipocampal y análisis de laboratorio destinados a descartar etiologías reversibles (Rodrigues et al., 2025).

Así mismo, seis de los diez estudios incluidos (60 %) fueron basados en grandes bases de datos administrativas y no aplicaron pruebas neuropsicológicas directas, sino que identificaron los casos exclusivamente mediante códigos diagnósticos ICD-9 o ICD-10, registros clínicos electrónicos, prescripción de medicación específica para demencia o información proveniente de sistemas nacionales de salud (Alipour et al., 2022; Günak et al., 2021; Alothman et al., 2022; Schmutte et al., 2022; Naismith et al., 2022; Rodrigues et al., 2024).

Finalmente, el único estudio ecológico incluido se caracterizó por obtener la identificación de Alzheimer a partir de datos agregados de mortalidad, registros demográficos y estadísticas de salud pública, sin aplicar instrumentos individuales (Rodrigues et al., 2024). En conjunto, esta combinación de evaluaciones clínicas detalladas y métodos diagnósticos indirectos basados en registros permite comprender las distintas aproximaciones utilizadas en la literatura para definir la presencia de Alzheimer en poblaciones clínicas y poblacionales.

Tabla 2

Instrumentos utilizados en los estudios para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer.

Autor (año)	Fuente diagnóstica utilizada	Pruebas neuropsicológicas aplicadas	Criterios diagnósticos oficiales	Técnicas complementarias
Choi et al. (2021)	Registro clínico + evaluación directa	MMSE (≤ 26), CDR (≥ 1), <i>Global Deterioration Scale</i> (≥ 3)	No indica criterios formales	No reporta
Rodrigues et al. (2025)	Diagnóstico clínico especializado	RAVLT, CAMCOG-R, ADAS-Cog, CDR	NINCDS-ADRDA, DSM-5-TR	MRI/CT, análisis de laboratorio, test de memoria remota
Alipour- Haris et al. (2022)	Códigos ICD- 10-CM en base hospitalaria	No aplica	Diagnóstico por códigos ICD	No aplica
Rodrigues et al. (2024)	Datos agregados de salud (IBGE, DataSUS)	No aplica	No aplica	No aplica (estudio ecológico)
Günak et al. (2021)	Registros administrativos ICD-9 + prescripción de fármacos de demencia	No aplica	Diagnóstico por ICD-9	Confirmación vía medicación (donepezil, memantine, rivastigmine, galantamine)

Alothman et al. (2022)	Registros de atención primaria / secundaria EHR	No aplica				Diagnóstico clínico	por registro	No aplica
Ferrer-Cairols et al. (2022)	Evaluación clínica + criterios MCI	MMSE				No aplica formales (estudia MCI)	criterios de Alzheimer	Índice de Barthel
Naismith et al. (2022)	Registros clínicos electrónicos de servicios de salud mental	No aplica				Diagnóstico previo (sin criterios)	médico especificar	No reporta
Ortner et al. (2021)	Evaluación clínica directa	MMSE, CDR, (cognitivo), NPI	CDR-SOB,	GDS		No indica formales	criterios	EOLD-SM, QUALID
Schmutte et al. (2021)	Registros Medicare + ICD-9/10	No aplica				Diagnóstico ICD	por códigos	No aplica

Como se aprecia en la tabla 2, los estudios incluidos muestran una notable variabilidad en los métodos utilizados para diagnosticar la Enfermedad de Alzheimer, lo que refleja diferencias tanto en el diseño de las investigaciones como en la disponibilidad de recursos clínicos.

Los estudios de tipo clínico o caso-control presentan una evaluación diagnóstica más rigurosa, basada en baterías neuropsicológicas completas, criterios internacionales y técnicas complementarias como neuroimagen y exámenes de laboratorio. Por el contrario, los estudios poblacionales y administrativos identifican los casos de Alzheimer mediante códigos ICD registrados en sistemas de salud, lo que permite abarcar muestras masivas, pero con menor profundidad diagnóstica.

Instrumentos y técnicas utilizadas para la evaluación de la Ideación suicida

Los estudios incluidos muestran una amplia variabilidad en la forma de evaluar la ideación suicida y el comportamiento suicida en personas con Enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas.

Del total de investigaciones analizadas, 3 de 10 estudios (30%) emplearon instrumentos psicométricos estandarizados para la detección de ideación suicida o factores asociados. De estos, dos estudios utilizaron autor reporte del paciente, mediante escalas como la *Geriatric Depression Scale* y su subescala de ideación suicida (GDS-30 y GDS-SI) o el *Suicidal Behavior-Associated Facts Questionnaire* (SAF-Quest) junto con la *Quality of Life Scale* (QoLS) (Ferrer-Cairols et al., 2022; Rodrigues et al., 2025b).

Un estudio adicional evaluó la ideación suicida de forma indirecta a través de informantes, aplicando una versión adaptada de la *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) a cuidadores de personas con demencia avanzada (Ortner et al., 2021).

En contraste, 6 de 10 estudios (60%) identificaron la ideación, los intentos o el suicidio consumado exclusivamente mediante registros administrativos, códigos diagnósticos ICD-9/ICD-10, bases de datos hospitalarias o registros nacionales de mortalidad, sin la aplicación de escalas clínicas directas (Alipour-Haris et al., 2022; Günak et al., 2021; Schmutte et al., 2021; Choi et al., 2021; Alothman et al., 2022; Rodrigues et al., 2024). Asimismo, un estudio (10%) empleó métodos automatizados alternativos, utilizando algoritmos de procesamiento de lenguaje natural para extraer referencias a ideación suicida a partir de notas clínicas electrónicas (Naismith et al., 2022).

Tabla 3*Instrumentos utilizados en los estudios para la evaluación de la Ideación suicida.*

Autor abreviado	Fuente diagnóstica de ideación / suicidio	Instrumentos psicométricos aplicados	Método alternativo (ICD, NLP, registros)	Comentarios relevantes
Choi et al. (2021)	Registros nacionales de defunción	No aplica	ICD-10 (<i>suicide mortality</i>)	Evalúa suicidio consumado, no ideación
Rodrigues et al. (2024)	Registros poblacionales (DataSUS, IBGE)	No aplica	Datos agregados de mortalidad	Estudio ecológico; solo tasas poblacionales
Rodrigues et al. (2025)	Entrevista clínica + autorreporte	SAF-Quest; QoLS	No aplica	Único estudio con instrumentos validados en portugués
Alipour-Haris et al. (2022)	NRD (hospitalizaciones)	No aplica	ICD-10-CM para SI y SA	Identifica ideación, intento y modo de daño
Günak et al. (2021)	National Mortality Repository + NSPAN	No aplica	ICD-9, ICD-10, CDC Self-directed Violence Classification System	Diferencia intentos fatales y no fatales
Alothman et al. (2022)	Certificados de defunción nacionales	No aplica	Códigos oficiales de muerte por suicidio	Evalúa suicidio consumado, no ideación
Ferrer-Cairols et al. (2022)	Evaluación clínica directa	GDS-30; GDS-SI	No aplica	Evalúa depresión y riesgo de ideación pasiva

Naismith et al. (2022)	Registros clínicos electrónicos (EHR)	No aplica	NLP aplicado a notas clínicas	Extrae ideación suicida automáticamente
Ortner et al. (2021)	Evaluación mediante cuidador	C-SSRS (modificada)	No aplica	Único estudio con instrumento estándar de suicidio
Schmutte et al. (2021)	National Death Index	No aplica	ICD-9/10 (suicide mortality)	Solo evalúa suicidio consumado

En síntesis, los estudios revisados muestran que la identificación de la ideación y la conducta suicida en personas con Enfermedad de Alzheimer se ha realizado mediante enfoques metodológicos diversos, que abarcan desde el uso de registros administrativos y bases de datos clínicas hasta la aplicación puntual de escalas psicométricas estandarizadas y herramientas específicas.

Aunque una proporción importante de las investigaciones se apoya en información documentada en expedientes clínicos, sistemas de codificación diagnóstica o registros de mortalidad, algunos estudios incorporan evaluaciones más directas mediante cuestionarios validados, métodos automatizados de análisis de notas clínicas o información proporcionada por cuidadores. Esta diversidad de aproximaciones refleja diferencias en el nivel de especificidad y profundidad con que se aborda el fenómeno suicida en el contexto de la demencia.

Asimismo, aunque el enfoque central de esta revisión es la ideación suicida, resulta relevante señalar que varios de los estudios incluidos (50%) evaluaron conductas suicidas o suicidio consumado (p. ej., Alothman et al, 2022; Choi et al, 2020; Günak et al, 2021; Schmutte et al, 2022; Alipour-Haris et al, 2022).

La inclusión de estos trabajos se justifica porque la conducta suicida constituye la manifestación final de un proceso que suele iniciarse con ideación, planificación y progresión del malestar psicológico. Por ello, los hallazgos de estos estudios complementan la comprensión del fenómeno, ya que permiten identificar factores de riesgo compartidos, momentos críticos posteriores al diagnóstico y patrones que ayudan a contextualizar la ideación suicida dentro de la población de pacientes con Alzheimer.

Hallazgos empíricos sobre la relación entre Alzheimer e ideación suicida

Los estudios que evaluaron la ideación suicida de manera directa en personas con Enfermedad de Alzheimer o demencias relacionadas indican que este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en presencia de síntomas depresivos, afectivos y neuropsiquiátricos.

En este sentido, Ferrer-Cairols et al. (2022) identificaron ideación suicida pasiva mediante la subescala GDS-SI en personas con deterioro cognitivo leve, especialmente en aquellos casos con sintomatología depresiva más severa. De manera complementaria, Naismith et al. (2022) detectaron ideación suicida a través del análisis automatizado de notas clínicas, observando que las menciones de ideación solían coexistir con la presencia de alucinaciones, agitación o ansiedad registradas por los profesionales de salud.

En estudios basados en informantes, como el de Ortner et al. (2021), la ideación suicida fue más frecuente en subtipos de demencia distintos a la Enfermedad de Alzheimer, particularmente en la demencia frontotemporal y la demencia con cuerpos de Lewy. Finalmente, Rodrigues et al. (2025) reportaron la presencia de ideación e intentos históricos de suicidio mediante el uso del SAF-Quest, aunque con menor prevalencia en el grupo con Alzheimer en comparación con los controles.

Un patrón común entre estos estudios es que la ideación suicida tiende a manifestarse con mayor frecuencia en las etapas iniciales del deterioro cognitivo, cuando la persona conserva mayor conciencia del diagnóstico, del declive funcional y de las implicaciones futuras de la enfermedad (Choi et al., 2020; Schmutte et al., 2022; Alothman et al., 2022).

A medida que la demencia progresa y disminuye la conciencia del déficit, los reportes de ideación suicida tienden a reducirse, independientemente del método de evaluación empleado. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la ideación suicida en esta población se vincula tanto a factores afectivos y neuropsiquiátricos como al momento evolutivo de la enfermedad y a características propias de cada subtipo de demencia.

Tabla 4*Principales hallazgos encontrados en los estudios revisados.*

Autor (año)	Método de identificación de SI	Tipo de ideación evaluada	Variables asociadas	Hallazgo principal
Choi et al. (2021)	Códigos ICD-10 / registros de defunción	Suicidio consumado	–	Mayor riesgo de suicidio en el primer año postdiagnóstico
Rodrigues et al. (2024)	Registros poblacionales (IBGE, DataSUS)	Suicidio	–	Aumento de tasas de suicidio y Alzheimer
Rodrigues et al. (2025)	SAF-Quest / QoLS	Ideación e historia de conducta suicida	Malestar emocional, calidad de vida	Menor suicidabilidad en Alzheimer vs. Controles
Alipour-Haris et al. (2022)	ICD-10-CM (hospitalizaciones)	Ideación / intento por códigos administrativos	–	Menor prevalencia en Alzheimer vs. otras demencias
Günak et al. (2021)	ICD-9/10 + registros nacionales	Intento de suicidio fatal y no fatal	Comorbilidad psiquiátrica	Mayor riesgo en diagnósticos recientes de Alzheimer
Alothman et al. (2022)	Registros nacionales clínicos	Suicidio consumado	Edad más temprana, comorbilidades	Riesgo elevado en el primer año tras diagnóstico de Alzheimer
Ferrer-Cairols et al. (2022)	GDS-SI (subescala de ideación)	Ideación pasiva	Depresión	Ideación asociada a mayor sintomatología depresiva
Naismith et al. (2022)	NLP aplicado a notas clínicas	Ideación documentada por profesional	Alucinaciones, ansiedad, agitación	Mayor IS en perfiles con síntomas neuropsiquiátricos
Ortner et al. (2021)	C-SSRS aplicada a cuidadores	Ideación temprana y reciente	Subtipo de demencia	Mayor IS en DFT y DLB en comparación con Alzheimer

Schmutte et al. (2021)	ICD-9/10 <i>Death</i> Index	+	<i>National</i>	Suicidio consumado	Depresión, comorbilidades psiquiátricas	Riesgo mayor inmediatamente tras el diagnóstico de Alzheimer
---------------------------	--------------------------------	---	-----------------	--------------------	---	---

Sobre la ideación suicida tras el diagnóstico reciente de Alzheimer

Choi et al. (2020) observaron que, durante el primer año posterior al diagnóstico, los adultos mayores con demencia presentaron entre dos y cuatro veces mayor riesgo de muerte por suicidio en comparación con personas sin demencia (AHR=2.50; IC 95%:1.41–4.44), siendo este riesgo elevado tanto en pacientes con Alzheimer como en aquellos con otros subtipos de demencia y en presencia de comorbilidades psiquiátricas.

Resultados similares se observaron en Schmutte et al. (2022), quienes reportaron una tasa de suicidio de 26.42 por 100 000 personas-año en la cohorte de personas con Alzheimer y demencias relacionadas. Asimismo, se identificó un mayor riesgo de mortalidad por suicidio en comparación con la población general (SMR = 1.53; IC 95%: 1.42–1.65), con un riesgo particularmente elevado durante los primeros 90 días posteriores al diagnóstico y en adultos de 65 a 74 años (SMR = 3.40; IC 95%: 2.94–3.86). Además, la residencia rural y la presencia reciente de trastornos de salud mental, consumo de sustancias o dolor crónico se asociaron a un mayor riesgo de suicidio.

De manera complementaria, Allothman et al. (2022) analizaron una cohorte de 594 674 personas, de las cuales 2.4% fallecieron por suicidio. No se observó una asociación global significativa entre demencia y riesgo de suicidio (OR ajustado = 1.05; IC 95%: 0.85–1.29); sin embargo, el riesgo fue mayor en subgrupos específicos. En personas diagnosticadas con demencia antes de los 65 años, el riesgo de suicidio fue significativamente superior (OR ajustado = 2.82; IC 95%: 1.84–4.33), así como durante los primeros tres meses posteriores al diagnóstico (OR

ajustado = 2.47; IC 95%: 1.49–4.09) y en presencia de comorbilidad psiquiátrica (OR ajustado = 1.52; IC 95%: 1.21–1.93).

Estos resultados señalan que el periodo inmediato al diagnóstico constituye una fase de mayor vulnerabilidad al suicidio en personas con demencia.

Sobre hospitalizaciones por ideación o intentos de suicidio en adultos con Alzheimer

Los estudios que examinaron hospitalizaciones relacionadas con ideación o intentos de suicidio en personas con Enfermedad de Alzheimer o demencias relacionadas reportan un patrón consistente de baja prevalencia, pero con variaciones importantes entre subtipos de demencia.

Alipour-Haris et al. (2022) identificaron 12 538 hospitalizaciones por conducta suicida en adultos con Alzheimer y otras ADRD durante 2016–2018, encontrando que la prevalencia fue menor en Alzheimer (0.8 %) y mayor en demencias frontotemporales (2.6 %), siendo los métodos más comunes los relacionados con medicamentos o drogas. De forma similar, Schmutte et al. (2021) observaron que, aunque el número total de hospitalizaciones por conducta suicida en ADRD es bajo en relación con la población total diagnosticada, el riesgo es más elevado durante el primer año posterior al diagnóstico.

Estos estudios también coinciden en que comorbilidades como depresión, ansiedad, dolor crónico y antecedentes psiquiátricos incrementan la probabilidad de hospitalizaciones por suicidio. En conjunto, la evidencia señala que, aunque los eventos de hospitalización por conducta suicida no son frecuentes en personas con Alzheimer, sí es importante identificar momentos y subgrupos específicos que requieren vigilancia clínica estrecha.

Recomendaciones orientadas a la prevención de la ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores.

En los estudios revisados se identifican una serie de recomendaciones implícitas y explícitas dirigidas a la prevención del riesgo suicida en personas con deterioro cognitivo, demencia o Enfermedad de Alzheimer.

Un primer eje común es la necesidad de reforzar la evaluación del riesgo en el periodo inmediatamente posterior al diagnóstico, especialmente durante los primeros meses o el primer año tras la confirmación de demencia o MCI. Estudios señalan que este intervalo representa una fase de especial vulnerabilidad, en la que los pacientes conservan suficiente conciencia de déficit y capacidad funcional para planificar conductas suicidas, por lo que recomiendan que los esfuerzos por promover un diagnóstico temprano vayan acompañados de procedimientos estructurados de tamizaje y apoyo específico en este periodo (Alothman et al., 2022; Choi et al., 2020; Günak et al., 2021; Schmutte et al., 2022).

De manera consistente, los estudios subrayan la importancia de detectar y tratar precozmente los síntomas psiquiátricos y neuropsiquiátricos asociados al riesgo suicida (Naismith et al., 2022; Ferrer-Cairols et al., 2022; Ortner et al., 2021; Günak et al., 2021). Por ejemplo, Ferrer-Cairols et al. (2022) destacan que, en personas con MCI, la depresión tiene un impacto significativo en la calidad de vida y debe evaluarse junto con factores vinculados al riesgo suicida, como la desesperanza y el dolor psicológico. Aunque no proponen un tratamiento específico, los autores citan evidencia previa que respalda el uso de intervenciones

psicológicas basadas en la evidencia (incluida la terapia cognitivo-conductual) para mejorar los síntomas depresivos y ansiosos en personas con deterioro cognitivo.

De forma complementaria, otros estudios enfatizan que síntomas como la ansiedad, las alucinaciones, la agitación y diversas alteraciones conductuales representan factores clínicos relevantes que requieren cribado sistemático y manejo activo en pacientes con MCI y demencia (Naismith et al., 2022; Ferrer-Cairols et al., 2022; Ortner et al., 2021; Günak et al., 2021). En esta línea, se propone la implementación de protocolos de evaluación más amplios que incluyan indicadores asociados al riesgo suicida, como la desesperanza o el malestar psicológico, con el fin de optimizar la detección temprana y el abordaje clínico de estos síntomas.

Otro conjunto de recomendaciones se orienta hacia el fortalecimiento del apoyo psicosocial y el rol de los cuidadores. Algunos estudios sugieren que el acompañamiento postdiagnóstico, la educación sobre la enfermedad y el acceso a servicios de apoyo comunitario pueden contribuir a mitigar el impacto emocional del diagnóstico y reducir el riesgo de conductas suicidas (Günak et al., 2021; Naismith et al., 2022). Asimismo, se enfatiza la participación activa de los cuidadores tanto en la detección de ideación suicida como en la implementación de medidas de seguridad, como la supervisión de medicación y la restricción de medios potencialmente letales (Naismith et al., 2022; Ortner et al., 2021).

Finalmente, se plantean recomendaciones específicas relacionadas con la restricción de medios y el manejo seguro de fármacos, así como con la necesidad de diferenciar el abordaje según subtipo de demencia. En el caso de hospitalizaciones por intentos de suicidio, se destaca que la vía más frecuente es la

intoxicación por medicamentos o drogas, por lo que se sugiere un asesoramiento cuidadoso a pacientes y familias sobre el acceso a fármacos de alto riesgo y, cuando sea posible, limitar la cantidad dispensada en cada prescripción (Alipour-Haris et al., 2022).

Además, algunos autores proponen considerar las particularidades sintomáticas y conductuales de subtipos como la demencia frontotemporal o con cuerpos de Lewy, en los que el riesgo suicida puede ser mayor, y desarrollar intervenciones adaptadas a estos perfiles clínicos (Naismith et al., 2022; Alipour-Haris et al., 2022).

Tabla 5

Recomendaciones orientadas a la prevención de la ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores.

Autor (año)	Tipo de recomendación	Población o momento crítico	Estrategias sugeridas
Choi et al.(2020)	Evaluación temprana del riesgo	Primer año tras el diagnóstico de demencia	Realizar tamizaje estructurado de riesgo suicida; monitoreo cercano en personas con mayor conciencia del déficit y comorbilidades psiquiátricas.
Allothman et al. (2022)	Monitoreo intensivo postdiagnóstico	Adultos mayores diagnosticados recientemente, especialmente <70 años	Supervisión clínica durante los primeros meses; identificar comorbilidades mentales y sociales que incrementan la vulnerabilidad.
Günak et al. (2021)	Manejo proactivo de síntomas afectivos y apoyo psicosocial	Personas con MCI o demencia con antecedentes psiquiátricos	Evaluación y tratamiento de depresión y ansiedad; ofrecer educación postdiagnóstico y apoyo comunitario.
Schmutte et al. (2022)	Identificación de factores de riesgo en etapas tempranas	Primer año tras diagnóstico de ADRD	Considerar depresión, dolor crónico, residencia rural y diagnósticos previos de salud mental para orientar el seguimiento clínico.
Naismith et al. (2022)	Participación activa del cuidador y detección de síntomas neuropsiquiátricos	Pacientes con demencia con síntomas conductuales (agitación, alucinaciones)	Involucrar cuidadores en la detección de SI; monitorear síntomas afectivos y conductuales asociados a riesgo.
Ferrer-Cairols et al. (2022)	Ampliación del cribado emocional	Personas con MCI con síntomas depresivos	Evaluar desesperanza y dolor psicológico; intervenir tempranamente en afecto negativo para reducir riesgo.
Ortner et al. (2021)	Rol del cuidador y medidas de seguridad	Pacientes en etapas moderadas con alta carga conductual	Supervisar medicación, restringir acceso a medios letales; capacitar a cuidadores en identificación de ideación suicida.
Alipour-Haris et al. (2022)	Restricción de medios y vigilancia farmacológica	Personas hospitalizadas por intentos o ideación	Limitar cantidad de medicamentos en prescripciones; orientar a cuidadores sobre fármacos de riesgo.
Rodrigues et al. (2024)	Vigilancia poblacional y cribado comunitario	Adultos mayores a nivel poblacional; tendencia creciente de suicidio en este grupo	Implementar programas amplios de tamizaje del riesgo suicida; fortalecer monitoreo en sistemas de salud pública.

Rodrigues et al. (2025)	Detección de antecedentes y malestar emocional en etapas iniciales	Adultos mayores con Alzheimer que conservan conciencia del déficit	Evaluar antecedentes de ideación/intentos históricos; medir calidad de vida; intervenciones tempranas en bienestar emocional.
--------------------------	--	--	---

En conjunto, las recomendaciones derivadas de la literatura apuntan a una combinación de evaluación temprana del riesgo, manejo proactivo de síntomas afectivos y neuropsiquiátricos, apoyo psicosocial continuo y medidas de seguridad orientadas a la reducción de medios, especialmente en las etapas iniciales del deterioro cognitivo.

Discusión

La revisión de la literatura muestra que la ideación suicida en estas poblaciones es un fenómeno importante, que depende según la etapa del deterioro cognitivo, la presencia de síntomas afectivos y neuropsiquiátricos, el subtipo de demencia y el momento temporal respecto al diagnóstico. Tal como señalan Naismith et al. (2022), la ideación suicida es más frecuente en fases iniciales de la demencia, especialmente cuando coexisten síntomas depresivos, ansiedad o alucinaciones.

Asimismo, se observan diferencias metodológicas sustanciales entre estudios, particularmente en las técnicas utilizadas para identificar ideación suicida, la predominancia de análisis basados en registros administrativos y la escasez de instrumentos estandarizados en la evaluación directa del suicidio.

Los hallazgos de esta revisión muestran una marcada heterogeneidad en los métodos utilizados para diagnosticar la Enfermedad de Alzheimer en los estudios recientes. Solo una parte de las investigaciones recurrió a evaluaciones neuropsicológicas estandarizadas y criterios clínicos formales, como se observa en Rodrigues et al. (2025), quienes integraron baterías como el RAVLT, el CAMCOG-R y el ADAS-Cog junto con criterios NINCDS-ADRDA y DSM-5-TR, además de técnicas complementarias como neuroimágenes y análisis de laboratorio. De

manera similar, otros estudios como Choi et al. (2020) u Ortner et al. (2021) emplearon escalas cognitivas estructuradas (MMSE, CDR, GDS), confirmando un abordaje diagnóstico más completo y consistente con las recomendaciones internacionales.

En contraste, una proporción considerable de estudios recurrió exclusivamente a registros administrativos y códigos ICD (por ejemplo, Alipour et al., 2022; Günak et al., 2021; Naismith et al., 2022), lo que evidencia una tendencia creciente hacia el uso de bases de datos poblacionales que, si bien los registros administrativos, como los códigos ICD utilizados en esos estudios, permiten trabajar con grandes bases poblacionales y detectar eventos de alta relevancia clínica, su uso exclusivo plantea limitaciones sustantivas: no diferencian entre ideación, planificación y conducta suicida, dependen de la calidad del registro institucional y excluyen los matices subjetivos que solo pueden capturarse mediante instrumentos clínicos.

Este predominio de enfoques basados en codificación se contrapone a la menor presencia de métodos psicométricos estandarizados, como el empleo de la C-SSRS en Ortner et al. (2021), la subescala GDS-SI en Ferrer-Cairols et al. (2022), o el SAF-Quest en Rodrigues et al. (2025) herramientas que permiten evaluar la ideación suicida de forma más fina, estructurada y clínicamente informativa.

Los estudios de igual forma muestran diversidad de métodos de evaluación en la ideación suicida, con pocos trabajos utilizando instrumentos psicométricos validados. Solo algunos aplicaron medidas directas: Ortner et al. (2021) emplearon la C-SSRS mediante informantes, Ferrer-Cairols et al. (2022) utilizaron la GDS-SI,

y Rodrigues et al. aplicaron el SAF-Quest para explorar ideación e intentos históricos. En contraste, la mayoría de investigaciones recurrió a fuentes indirectas, como códigos ICD y registros de hospitalización (Alipour et al., 2022; Günak et al., 2021; Schmutte et al., 2021), o análisis automatizado de notas clínicas mediante NLP (Naismith), lo que limita la precisión de la identificación de ideación suicida.

En conjunto, la evidencia revela una escasez de instrumentos clínicos aplicados directamente al paciente. Este déficit metodológico limita la capacidad de comparar hallazgos entre estudios y revela una brecha en la estandarización de las evaluaciones dentro de este campo.

Los hallazgos de esta revisión muestran que la asociación entre la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida aunque puede existir, es compleja y depende tanto del momento del diagnóstico como de las características clínicas y afectivas del paciente. En conjunto, los estudios indican que la ideación suicida tiende a ser más frecuente en las etapas iniciales del deterioro cognitivo, cuando la conciencia del declive y las capacidades de planificación aún están preservadas (Choi et al.; Naismith et al.).

Asimismo, los trabajos que evaluaron ideación de manera directa muestran que esta suele estar estrechamente asociada con síntomas depresivos y neuropsiquiátricos como ansiedad, alucinaciones y agitación (Ferrer-Cairols et al., 2022; Naismith et al., 2022). No obstante, también se evidencia que ciertos subtipos de demencia presentan mayor vulnerabilidad que el Alzheimer típico, como la demencia frontotemporal o la demencia con cuerpos de Lewy, en las cuales la ideación fue reportada con mayor frecuencia por cuidadores (Ortner et al., 2021).

Los estudios que analizaron el historial vital de conducta suicida sugieren que las personas con Alzheimer podrían presentar menor prevalencia histórica de intentos o ideación en comparación con controles, posiblemente por las limitaciones cognitivas en la formulación de planes suicidas (Rodrigues et al., 2025).

Estos resultados subrayan que el riesgo suicida en Alzheimer puede estar presente, pero no es uniforme y está fuertemente modulada por la etapa de la enfermedad, la sintomatología afectiva y los procesos de insight.

Los estudios revisados coinciden en que la prevención del riesgo suicida en personas con Alzheimer debe centrarse principalmente en el primer año tras el diagnóstico, periodo en el que el riesgo es más elevado (Choi et al., 2021; Schmutte et al., 2021; Alothman et al., 2022). Durante esta fase inicial se recomienda realizar cribado sistemático de ideación suicida, depresión y ansiedad, ya que los síntomas afectivos y neuropsiquiátricos son los predictores más consistentes de riesgo (Naismith et al., 2022; Ferrer-Cairols et al., 2022).

Asimismo, varios estudios destacan la importancia del apoyo familiar y psicosocial, dado que la percepción de carga, el aislamiento y la angustia emocional contribuyen a la vulnerabilidad suicida (Ortner et al., 2021). En paralelo, la evidencia sugiere adoptar medidas de seguridad ambiental, especialmente en hogares con acceso a fármacos o armas de fuego, y reforzar la vigilancia clínica en personas con diagnósticos recientes o antecedentes psiquiátricos (Günak et al., 2021; Alipour-Haris et al., 2022).

La evidencia presenta varias limitaciones relevantes. En primer lugar, existe variabilidad en los métodos de identificación de la ideación o conducta suicida, ya que la mayoría de estudios se basan en registros clínicos, códigos ICD o análisis

automatizados de notas, mientras que solo pocos emplean instrumentos estandarizados, lo que limita la comparabilidad entre investigaciones. Además, varios estudios utilizan bases de datos secundarias o diseños retrospectivos, lo que puede generar subregistro y dificulta establecer relaciones temporales claras.

Una limitación relevante es la ausencia de control de variables moderadoras, como el uso de psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos o antipsicóticos), los cuales pueden influir en la expresión de síntomas afectivos y por lo tanto en los resultados de ideación suicida. La falta de información sobre estos tratamientos en diversos de los estudios revisados podría haber afectado la estimación del riesgo suicida, generando posibles sesgos en los resultados.”

Finalmente, la literatura disponible proviene principalmente de países de altos ingresos (Estados Unidos, Reino Unido, Corea, Alemania), lo que reduce la generalización de los hallazgos a contextos latinoamericanos u otras regiones con menor infraestructura diagnóstica.

Implicaciones clínicas

Los hallazgos de esta revisión resaltan la importancia de integrar la evaluación crítica del riesgo suicida dentro del proceso de atención clínica a personas con Enfermedad de Alzheimer, especialmente durante las etapas iniciales del deterioro cognitivo. La evidencia muestra que la ideación suicida puede aparecer con mayor frecuencia cuando el paciente mantiene conciencia del diagnóstico, de la progresión esperada y de las limitaciones funcionales futuras. Por ello, los equipos clínicos deben considerar el primer año posterior al diagnóstico como un periodo crítico para la vigilancia y el acompañamiento psicológico.

Asimismo, varios estudios destacaron el papel central de los síntomas afectivos y neuropsiquiátricos, como depresión, ansiedad, agitación o alucinaciones, como factores que incrementan el riesgo de ideación suicida. Esto subraya la necesidad de fortalecer el cribado regular de síntomas depresivos, incluso cuando puedan ser atribuidos al proceso neurodegenerativo. La identificación y el tratamiento oportuno de estos síntomas —mediante intervenciones psicológicas, psiquiátricas o apoyos psicosociales— se convierten en un componente fundamental de la prevención.

Finalmente, los resultados sugieren que el entorno familiar y el sistema de cuidados cumplen un papel protector relevante. Brindar psicoeducación a cuidadores, fomentar la comunicación sobre signos de alarma y promover la reducción de acceso a medios potencialmente letales pueden disminuir significativamente el riesgo.

En conjunto, estas implicaciones indican que la prevención del riesgo suicida en Alzheimer requiere un abordaje multidisciplinario, continuo y adaptado a las necesidades cambiantes del paciente a lo largo del curso de la enfermedad.

Futuras líneas de investigación

A partir de las limitaciones identificadas en esta revisión, se sugiere que futuras investigaciones avancen hacia diseños metodológicos más sólidos y comparables.

En primer lugar, resulta necesario desarrollar estudios longitudinales que permitan examinar cómo evoluciona la ideación suicida a lo largo del curso de la

Enfermedad de Alzheimer, especialmente desde el diagnóstico temprano hasta las fases avanzadas. Esto permitiría aclarar la relación entre conciencia de enfermedad, deterioro cognitivo progresivo y variación del riesgo suicida.

Asimismo, es indispensable impulsar estudios que utilicen instrumentos estandarizados para la evaluación de ideación suicida en población con deterioro cognitivo, dado que la evidencia actual continúa mostrando variabilidad en los métodos de identificación, lo que dificulta la comparación entre estudios. De igual modo, se requieren investigaciones que analicen diferencias entre subtipos de demencia, considerando que algunos estudios sugieren patrones de riesgo distintos.

Finalmente, futuras investigaciones deberían explorar el impacto de intervenciones de prevención, incluyendo programas psicoeducativos, manejo temprano de síntomas afectivos y estrategias de apoyo a cuidadores, con el fin de generar evidencia empírica sobre su efectividad para reducir la ideación suicida en personas con Alzheimer. Este tipo de estudios contribuiría a fundamentar prácticas clínicas más integradas y basadas en evidencia.

CAPÍTULO III: Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

El análisis de la evidencia permite concluir que existe una asociación positiva entre la Enfermedad de Alzheimer y la ideación suicida, con estimaciones de riesgo reportadas en los estudios primarios que oscilan alrededor de OR y AHR ≈ 2 , lo que sugiere una magnitud moderada. Esta asociación no es homogénea, y se presenta con mayor intensidad en etapas iniciales del deterioro cognitivo, particularmente durante el primer año postdiagnóstico, cuando los pacientes conservan mayor conciencia del déficit. Asimismo, la relación se intensifica en presencia de síntomas depresivos y neuropsiquiátricos, los cuales actúan como condiciones clínicas relevantes en la expresión del riesgo suicida.

En relación con los instrumentos de evaluación, se identificó una alta heterogeneidad metodológica. El diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer se realizó mediante combinaciones de criterios clínicos, escalas cognitivas y, en algunos casos, apoyo de neuroimagen o biomarcadores. En contraste, la evaluación de la ideación suicida se basó predominantemente en métodos indirectos, como registros clínicos y administrativos, siendo limitado el uso de instrumentos psicométricos estandarizados. En este contexto, las variables de estudio fueron tratadas principalmente de forma dicotómica (presencia/ausencia), correspondientes a datos de tipo nominal, lo que facilitó la comparabilidad entre estudios, aunque limitó la precisión en la evaluación del fenómeno.

Entre los hallazgos se observaron diferencias según subtipo de demencia, con mayor frecuencia de ideación suicida en demencias como la de cuerpos de

Lewy, en comparación con la Enfermedad de Alzheimer típica. De manera complementaria, los estudios que evaluaron suicidio consumado o intentos aportan evidencia consistente sobre un mayor riesgo en los primeros meses tras el diagnóstico, reforzando la relevancia del momento clínico.

Las recomendaciones identificadas enfatizan la necesidad de evaluar el riesgo suicida de forma temprana, así como de detectar y tratar activamente los síntomas depresivos y neuropsiquiátricos. Se destaca la relevancia del apoyo psicosocial y la participación de cuidadores. También se sugiere adaptar las intervenciones según subtipo de demencia y fortalecer el acompañamiento postdiagnóstico. En conjunto, la literatura apunta a estrategias preventivas integrales que combinen evaluación clínica, soporte emocional y medidas de seguridad orientadas a proteger a las personas con Alzheimer en etapas tempranas de la enfermedad.

Recomendaciones

Se recomienda que los servicios de salud implementen protocolos sistemáticos de evaluación del riesgo suicida en personas con Enfermedad de Alzheimer, especialmente durante el primer año posterior al diagnóstico, periodo identificado como el de mayor vulnerabilidad. Esta evaluación debe realizarse de forma periódica, incorporando entrevistas clínicas estructuradas y la observación de cambios conductuales que puedan sugerir ideación suicida.

Dado que la depresión, la ansiedad y los síntomas neuropsiquiátricos se asocian consistentemente con un mayor riesgo de ideación suicida, se recomienda fortalecer su detección temprana y asegurar un manejo clínico adecuado. Esto incluye intervenciones psicológicas basadas en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual adaptada para deterioro cognitivo leve o demencia, así como estrategias de manejo conductual para síntomas como agitación o alucinaciones.

Es fundamental involucrar activamente a los cuidadores y a la familia en el proceso de detección y prevención. Se recomienda proporcionar educación postdiagnóstico, orientación sobre señales de alarma y estrategias de acompañamiento emocional. Asimismo, se sugiere reforzar el acceso a recursos comunitarios de apoyo, los cuales pueden contribuir a reducir el impacto emocional del diagnóstico y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se recomienda implementar medidas concretas de seguridad en el entorno del paciente, especialmente relacionadas con el acceso a medicamentos, psicofármacos y otros medios potencialmente letales. Los cuidadores deben recibir indicaciones claras sobre supervisión, almacenamiento seguro y control de dosis. Adicionalmente, se propone que los sistemas de salud desarrollen guías

diferenciadas para subtipos de demencia con mayor riesgo, como la demencia con cuerpos de Lewy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alejos, M., Vázquez-Bourgon, J., Santurtún, M., Riancho, J., & Santurtún, A. (2020). ¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? *Neurología (English Edition)*, 38(1), 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.03.003>
- Aliño-Dies, M., Sánchez-Reolid, D., Monferrer, M., Fernández-Caballero, A., Montes, M. J., Fernández-Sotos, P., & Ricarte, J. J. (2025). Distinguishing patient profiles of suicidal ideation and behavior: The influence of repetitive negative thinking, internal and external entrapment, and defeat within the Integrated Motivational-Volitional Model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. <https://doi.org/10.1007/s11126-025-10187-x>
- Allothman, D., Card, T., Lewis, S., Tyrrell, E., Fogarty, A. W., & Marshall, C. R. (2022). Risk of suicide after dementia diagnosis. *JAMA Neurology*. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.3094>
- Alipour-Haris, G., Armstrong, M. J., Sullivan, J. L., Suryadevara, U., Rouhizadeh, M., & Brown, J. D. (2022). Suicidal ideation and suicide-attempt-related hospitalizations among people with Alzheimer's disease (AD) and AD-related dementias in the United States during 2016-2018. *Journal of Clinical Medicine*, 11(4), 943. <https://doi.org/10.3390/jcm11040943>
- Alphs, L., Brashear, H. R., Chappell, P., Conwell, Y., Dubrava, S., Khin, N. A., Kozauer, N., Hartley, D. M., Miller, D. S., Schindler, R. J., Siemers, E. R., Stewart, M., & Yaffe, K. (2016). Considerations for the

- assessment of suicidal ideation and behavior in older adults with cognitive decline and dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 2(1), 48–59.
<https://doi.org/10.1016/j.trci.2016.02.001>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Annals of Psychology*, 29(3), 1038–1059.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Benoit, M., Andrieu, S., Lechowski, L., Gillette-Guyonnet, S., Robert, P. H., & Vellas, B. (2008). Apathy and depression in Alzheimer's disease are associated with functional deficit and psychotropic prescription. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(4), 409–414.
<https://doi.org/10.1002/gps.1905>
- Botto, R., Callai, N., Cermelli, A., Causarano, L., & Rainero, I. (2022). Anxiety and depression in Alzheimer's disease: A systematic review of pathogenetic mechanisms and relation to cognitive decline. *Neurological Sciences*, 43, 4107–4124.
<https://doi.org/10.1007/s10072-022-06068-x>
- Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista de Trabajo Social*, 32(4), 293–302.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014

- Castro Moreno, L. S., Fuertes Valencia, L. F., & Pacheco García, J. (2023). Factores de riesgo relacionados con intento de suicidio como predictores de suicidio consumado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.002>
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Chi, S., Wang, C., Jiang, T., Zhu, X., Yu, J., & Tan, L. (2015). The Prevalence of Depression in Alzheimer Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Alzheimer Research*, 12(2), 189-198. <https://doi.org/10.2174/1567205012666150204124310>
- Choi, J. W., Lee, K. S., & Han, E. (2021). Suicide risk within 1 year of dementia diagnosis in older adults: a nationwide retrospective cohort study. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 46(1), E119–E127. <https://doi.org/10.1503/jpn.190219>
- Cipolletta, S., & Negrisolo, A. (2022). Suicide risk in caregivers of people with dementia: A systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34, 1235–1245. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02160-6>
- Cristóvão, J. S., & Gomes, C. M. (2019). S100 proteins in Alzheimer's disease. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 463. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00463>
- Desai, R., Tsipa, A., Fearn, C., El Baou, C., Brotherhood, E. V., Charlesworth, G., Crutch, S. J., Flanagan, K., Kerti, A., Kurana, S., Medeisyte, R.,

- Nuzum, E., Osborn, T. G., Salmoiraghi, A., Stott, J., & John, A. (2024). Suicide and dementia: A systematic review and meta-analysis of prevalence and risk factors. *Ageing Research Reviews*, 100, 102445. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102445>
- Directory of Open Access Journals – DOAJ. (s. f). Doaj.org. Recuperado el 5 de enero de 2026, de <https://doaj.org/>
- Dubbelman, M. A., Jutten, R. J., Tomaszewski Farias, S. E., Verhey, F. R. J., Zimanyi, M., Kessels, R. P. C., & Teunissen, C. E. (2020). Decline in cognitively complex everyday activities accelerates along the Alzheimer’s disease continuum. *Alzheimer’s Research & Therapy*, 12, 138. <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00706-2>
- Elsevier. (2025). *Scopus content coverage guide*. <https://www.elsevier.com/en-xm/solutions/scopus>
- Ferrer-Cairols, I., Montoliu, T., Crespo-Sanmiguel, I., Pulopulos, M. M., Hidalgo, V., Gómez, E., López-Cuevas, R., Cuevas, A., Martín, N., Baquero, M., & Salvador, A. (2022). Depression and suicide risk in mild cognitive impairment: The role of Alzheimer’s Disease biomarkers. *Psicothema*, 34(4), 553–561. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.103>
- Garcés Cano, J. E., & Duque Oliva, E. J. (2007). Metodología para el análisis y la revisión crítica de artículos de investigación. *Innovar: Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 17(29), 100–115. <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v17n29/v17n29a11.pdf>

- Gálvez, M.; Aravena, C., Aranda, H.; Ávalos, C., & López-Alegría, F. (2020). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 384-399. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400384>
- Grober, E., Hall, C. B., Lipton, R. B., Zonderman, A. B., Resnick, S. M., & Kawas, C. (2008). Memory impairment, executive dysfunction, and intellectual decline in preclinical Alzheimer's disease. *Journal Of The International Neuropsychological Society*, 14(02). <https://doi.org/10.1017/s1355617708080302>
- Guo, Z., Yang, T., He, Y., Tian, W., Wang, C., Zhang, Y., Liu, J., Liu, X., Zhu, X., & Wu, S. (2023). The relationships between suicidal ideation, meaning in life, and affect: A network analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01019-9>
- Gupta, R., Advani, D., Yadav, D., Ambasta, R. K., & Kumar, P. (2023). Dissecting the relationship between neuropsychiatric and neurodegenerative disorders. *Molecular Neurobiology*, 60, 6476–6529. <https://doi.org/10.1007/s12035-023-03502-9>
- Günak, M. M., Barnes, D. E., Yaffe, K., Li, Y., & Byers, A. L. (2021). Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 78(6), 659–666. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0150>
- Hedna, K., Sigström, R., Johnell, K., & Waern, M. (2024). Determinants of suicidal behavior in dementia: A Swedish national register-based

- study. *International Psychogeriatrics*, 36(5), 415–426.
<https://doi.org/10.1017/S1041610223000583>
- Holmstrand, C., Hallberg, I. R., Saks, K., Leino-Kilpi, H., Guiteras, A. R., Verbeek, H., Zabalegui, A., Sutcliffe, C., & Lethin, C. (2020). Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries. *Aging & Mental Health*, 25(9), 1730–1739.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745143>
- Iwano, S., Kambara, K., & Aoki, S. (2022). Psychological interventions for well-being in healthy older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 23, 2389–2403.
<https://doi.org/10.1007/s10902-022-00497-3>
- Lanctôt, K. L., Hahn-Pedersen, J. H., Eichinger, C. S., Freeman, C., Clark, A., Tarazona, L. R. S., & Cummings, J. (2024). Burden of illness in people with Alzheimer's disease: A systematic review of epidemiology, comorbidities and mortality. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 11, 97–107. <https://doi.org/10.14283/jpad.2023.61>
- Lucca, U., Tettamanti, M., Tiraboschi, P., Logroscino, G., Landi, C., Sacco, L., Garri, M., Ammesso, S., Biotti, A., Gargantini, E., Piedicorcia, A., Mandelli, S., Riva, E., Galbussera, A. A., & Recchia, A. (2020). Incidence of dementia in the oldest-old: The Monzino 80 plus population-based study. *Alzheimer's & Dementia*, 16(3), 472–481.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.09.083>

- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *The World Health Organization*, 94(5), 340-350F. <https://doi.org/10.2471/blt.15.163295>
- Mann, E., Hinrichsen, G. A., & Baharlou, S. (2019). Depression in older adults: Principles of diagnosis and management. *En Geriatric Practice* (pp. 213–221). https://doi.org/10.1007/978-3-030-19625-7_17
- Marchetti, I., Alloy, L. B., & Koster, E. H. W. (2023). Breaking the vise of hopelessness: Targeting its components, antecedents, and context. *International Journal of Cognitive Therapy*, 16, 285–319. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00165-1>
- Mendez, M. F. (2022). Managing the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 24, 183–201. <https://doi.org/10.1007/s11940-022-00715-6>
- Montes, L. & Rodríguez, D. (2019). Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(2), 187-194. https://www.researchgate.net/publication/334108528_Factores_de_riesgo_y_proteccion_del_suicidio_en_adultos_mayores
- Morales, I., Farías, G., & Maccioni, R. B. (2010). La neuroinflamación como factor detonante del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(1), 51–61. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v48n1/art07.pdf>
- Naismith, H., Howard, R., Stewart, R., Pitman, A., & Mueller, C. (2022). Suicidal ideation in dementia: associations with neuropsychiatric

- symptoms and subtype diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 34(4), 399–406.
<https://doi.org/10.1017/S1041610222000126>
- National Center for Biotechnology Information. (2025). *PubMed*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- BIREME/OPS/OMS. (2025). *LILACS – Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud*. Biblioteca Virtual en Salud.
<https://lilacs.bvsalud.org/es/>
- Olfson, M., Stroup, T. S., Huang, C., Wall, M. M., & Gerhard, T. (2021). Age and incidence of dementia diagnosis. *Journal of General Internal Medicine*, 36(7), 2167–2169. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05895-y>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Suicide*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ortner, M., Riedl, L., Jox, R. J., Hartmann, J., Roßmeier, C., Dorn, B., Kehl, V., Egert-Schwender, S., Fischer, J., & Diehl-Schmid, J. (2021). Suicidal ideations and behavior in patients with young and late onset dementia. *Frontiers in Neurology*, 12, 647396.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2021.647396>
- Oyanadel, C., Carrasco-Correa, H., Latorre-Nanjarí, J., Peñate-Castro, W., & Sepúlveda-Queipul, C. (2021). Reduciendo la ideación suicida en

adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(1), 63–71.
<https://doi.org/10.14718/acp.2021.24.1.6>

Parra, M. A., Baez, S., Sedeño, L., Gonzalez Campo, C., Santamaría-García, H., Aprahamian, I., Bertolucci, P. H. F., Bustin, J., Camargos Bicalho, M. A., Cano-Gutierrez, C., Caramelli, P., Chaves, M. L. F., Cogram, P., Beber, B. C., Court, F. A., Cruz de Souza, L., Custodio, N., Damian, A., de la Cruz, M., & Ibanez, A. (2020). *Dementia in Latin America: Paving the way toward a regional action plan. Alzheimer's & Dementia*, 17(10), 1638–1654. <https://doi.org/10.1002/alz.12202>

Peters, M. E., Schwartz, S., Han, D., Rabins, P. V., Steinberg, M., Tschanz, J. T., & Lyketsos, C. G. (2015). Neuropsychiatric Symptoms as Predictors of Progression to Severe Alzheimer's Dementia and Death: The Cache County Dementia Progression Study. *American Journal Of Psychiatry*, 172(5), 460-465.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040480>

Porsteinsson, A. P., Isaacson, R. S., Knox, S., Sabbagh, M. N., & Rubino, I. (2021). Diagnosis of early Alzheimer's disease: Clinical practice in 2021. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 8(4), 371–386. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23>

PRISMA Flow Diagram Generator. (s. f.). *PRISMA flow diagram generator*. Recuperado el 24 de febrero de 2023, de <https://hollyhartman.shinyapps.io/PRISMAFlowDiagram/>

- Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Gili, M., Salazar-Cedillo, A., Ricci-Cabello, I., Roldán-Espínola, L., Coronado-Simsic, V., García-Toro, M., Gómez-Juanes, R., & Roca, M. (2023). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274, 1543–1563. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01716-5>
- Rodrigues, J. F. R., Rodrigues, L. P., & de Araújo Filho, G. M. (2024). Increase in suicide rates in the elderly population of the state of São Paulo, Brazil: Could Alzheimer's disease be a risk factor? *Public Health*, 236, 204–206. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.09.001>
- Rodrigues, J. F. R., Rodrigues, L. P., Atalaia da Silva, K. C., Serna Rodríguez, M. F., Rubatino, F. V. M., Fischer, H., Vasquez, D., Barbosa, P. M. K., Payão, S. L. M., Godoy, M. F. d., & Filho, G. M. d. A. (2025). Suicidal behavior in Alzheimer's disease: A preliminary study. *Psychiatry International*, 6(3), 82. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6030082>
- Roy, K., Smilowitz, S., Bhatt, S., & Conroy, M. L. (2023). Impact of social isolation and loneliness in older adults: Current understanding and future directions. *Current Geriatrics Reports*, 12, 138–148. <https://doi.org/10.1007/s13670-023-00393-5>
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

- Sengoku, R. (2020). Aging and Alzheimer's disease pathology. *Neuropathology*, 40(1), 22–29. <https://doi.org/10.1111/neup.12626>
- Schmutte, T., Olsson, M., Maust, D. T., Xie, M., & Marcus, S. C. (2022). Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 18(2), 262–271. <https://doi.org/10.1002/alz.12390>
- Starkstein, S. E. (2005). A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 77(1), 8–11. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.069575>
- Wei, G., Irish, M., Hodges, J. R., Piguet, O., & Kumfor, F. (2020). Disease-specific profiles of apathy in Alzheimer's disease and behavioural-variant frontotemporal dementia differ across the disease course. *Journal of Neurology*, 267, 1086–1096. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09679-1>