

Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos

José Alonso Andrade Salazar¹, Laura Patricia Lozano Sapuy²,
Angélica Rodríguez Romero³, Juan Andrés Campos Ramírez⁴

Resumen

Este es un artículo de revisión, el cual pretende describir la influencia de la vulnerabilidad psicosocial en el suicidio de adultos mayores colombianos, como población en crecimiento con altos índices de suicidio, fenómeno que es explicado desde el modelo estrés – diátesis, tomando en cuenta la interacción de factores predisponentes y desencadenantes a nivel biológico, psicológico y social. Se concluye que el adulto mayor es altamente vulnerable a conductas suicidógenas debido al deterioro físico, cognitivo y emocional que trae consigo el envejecer en un entorno de exclusión afectiva y social constante.

Palabras clave: suicidio, vulnerabilidad psicosocial, adultos mayores, exclusión. (Fuente: DeCs Bireme).

1 Psicólogo. Docente investigador de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Investigador del grupo interdisciplinario para el desarrollo y la acción dialógica (GIDPAD) y del grupo Estudios clínicos y sociales en psicología de la Facultad de psicología de la Universidad de San Buenaventura. Correo: jose.andrade@usbmed.edu.co; 911psicologia@gmail.com

2 Psicóloga. Universidad De San Buenaventura Medellín. Correo: psicolausapuy@hotmail.com

3 Estudiante del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín. Correo: angelica.rodriguez@tau.usbmed.edu.co

4 Estudiante del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín. Correo: lomejordejuan24@hotmail.com

Biopsychosocial vulnerability and suicide in Colombian elderly population

Abstract

This is a review article, which aims to describe the influence of the psychosocial vulnerability in the suicide of Colombian elderly population, as a growing population with high suicide rates. This phenomenon is explained from the model stress - Diathesis, taking into account the interaction of predisposing and triggering factors at the biological, psychological, social level.

It is concluded that the elderly population is highly vulnerable to suicidal conduct due to physical, cognitive, and emotional impairment that aging brings in an environment of constant affective and social exclusion.

Keywords: *suicide, psychosocial vulnerability, elderly people, exclusion. (Source: DeCs Bireme).*

Introducción

El suicidio es el acto a través del cual la persona elige ponerle fin a su vida de forma voluntaria (1). Tal como lo menciona la Organización mundial de la (OMS) (2) es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y ejecutado por el sujeto sabiendo o esperando un resultado mortal. En el acto suicida se incluyen: 1) la *ideación o pensamiento suicida* en el que prevalecen valoraciones negativas acerca de la vida, e incluso planes estructurados sobre cómo morir, y 2) *conductas auto-anulativas reiterativas* tales como, intentos de suicidio, suicidios frustrados, *cutting*, parasuicidio, y planes más elaborados para quitarse la vida, que suelen ser ejecutadas por personas con ideas de muerte más elaboradas (2). En ambos tipos de conducta se incluyen amenazas, tentativas de suicidio, planificación auto lítica, y en ambas la persona puede llegar al suicidio consumado (3-6). Otra de las alusiones a esta conducta es el *parasuicidio* denominado por la OMS (2) como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (p. 1). Según Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo (7) y Reina et al. (5), la persona antes del suicidio atraviesa por un proceso de tres etapas: 1. Surgimiento de la idea; 2. Lucha ante las ideas constructivas – destructivas; y 3. Decisión ante la idea. Estas tres etapas llevan el nombre de síndrome presuicidal.

El suicidio en adultos mayores colombianos más que un hecho frecuente, es uno de los más contundentes (8). Su ocurrencia se puede asociar a la congruencia de factores medioambientales y biológicos, que afectan las relaciones afectivas socio-familiares que les dan sostén y amparo

a estas personas, y a causa de dicho desajuste pueden sentirse expuestos a heridas psicológicas, depresiones severas y pérdida del sentido de su vida (9). En la vejez se experimentan grandes pérdidas afectivas: personas, trabajo, aporte económico al hogar, jubilación, sentido de la utilidad para otros, etc., lo que genera problemas notables en la calidad y expectativa de vida, pues comienzan a ver que “se están quedando solos” y a creer que son “inútiles e inservibles”, aspectos que pueden ser reforzados por algunos familiares que los discriminan o abandonan (10). Para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (11-13) el suicidio es un fenómeno de elevado impacto social, que puede ser el indicador de problemas en la salud mental individual y el bienestar colectivo, así como también, de la insuficiencia de recursos materiales, sociales, emocionales y psicológicos necesarios para afrontar las circunstancias desfavorables de la vida y del ambiente (14). Forensis señala que el suicidio se presenta a edades cada vez más tempranas (12-14), y entre los grupos poblacionales con mayores índices se encuentran los adolescentes y adultos mayores, con un incremento importante en mujeres y jóvenes (15, 16).

La población adulta mayor en Colombia es víctima de maltratos, abusos y agresiones, evidencia de ello es que nueve mil adultos mayores fueron agredidos de entre enero del 2013 y abril del 2014, asimismo 276 se suicidaron y 595 fueron asesinados (14). De acuerdo con el Informe del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (13), aunque el comportamiento suicida es elevado en personas con edades comprendidas entre los 15 y 24 años de edad, el adulto mayor –especialmente hombres- se encuentra en un grave estado de vulnerabilidad y desatención familiar, social y estatal. Al respecto Forensis

ofrece datos que revelan la indiscutible vulnerabilidad de los adultos mayores en Colombia:

Durante el 2014 se practicaron en Colombia 1.414 dictámenes por violencia intrafamiliar contra el adulto mayor, 45 casos más que en 2013, con una tasa nacional de 27,48 casos por cada 100.000 habitantes; según el sexo de la víctima la mayor tasa fue la de los hombres con 28,29. Según el tipo de violencia intrafamiliar en Colombia, el porcentaje de casos de violencia contra el adulto mayor está en cuarto y último lugar con un 1,86%. En cuanto a la edad, el grupo con la tasa más alta está en 60 a 64 años. En hombres, 80 años y más, mientras que en las mujeres las tasas disminuyen a medida que aumenta la edad. En cuanto al estado conyugal de la víctima, el más frecuente fue casado(a) con 26,43% y se encontró que el 35,07% de las mujeres eran viudas. El presunto agresor fue en el 99,86% un familiar, en el 43,14% de los casos fue el hijo(a). En el 75,20% la actividad está relacionada con la permanencia en el hogar, siendo la más frecuente actividades de trabajo doméstico no pagado para el uso del propio hogar (36,07%). La razón principal de la agresión fue la intolerancia con el 72,49%, seguida de alcoholismo y drogadicción con 24,02% (14, p. 219).

En el año 2014 en el grupo comprendido por edades de 65-69 hubo un incremento del 22% es decir, 11 casos más respecto al año anterior, es así que en personas de 60 o más años se presentaron 241 casos equivalentes al 13.31% con una tasa de 5 suicidios por cada 100.000 habitantes. Según el Instituto de medicina legal y

ciencias forenses el año 2014 se caracterizó por “una tasa de mortalidad por suicidio de 4,33 casos por cada 100.000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años” (14, p. 321). Para el caso de los adultos mayores que cometieron suicidio en el año 2014 se encontró que de 55 a 59 años se produjeron 102 casos (28%); de 60 a 64 años 74 casos (20%); de 65 a 69 años 59 eventos (16%); de 70 a 74 años 58 casos (16%); de 75 a 79 años 34 casos (9%); y de 80 y más años 36 eventos (10%), y en solo un caso no se contó con información del adulto mayor.

De acuerdo con Mann, Wateraux, Haas y Malone (18), la ocurrencia de suicidio se apoya teóricamente en el *modelo de estrés-diátesis (predisposición-vulnerabilidad)* que explica el fenómeno con base en las características de algunos individuos que generan reacciones particulares frente a los estímulos ambientales. En estas personas se encuentran personas con antecedentes de impulsividad, comportamientos agresivos, competitividad, irritabilidad e inestabilidad emocional, se incluye también la interacción con factores estresantes con una predisposición o vulnerabilidad (*diátesis*), mismos que no se reducen a respuestas estereotipadas ante estímulos estresores. Ésta postura se ve influenciada en su desarrollo por los aportes de Van Heeringen (19) quien propone un modelo explicativo del *fenómeno suicida como un proceso*, en el que indica una serie de fases que desencadenan actividades de riesgo que incrementan la posibilidad de autoeliminación, y por Carballo, Akamnonu y Oquendo (20) quienes incluyen la interacción de endofenotipos clínicos, condiciones neuroquímicas y neuroendocrinas que se suman a factores o circunstancias individuales extremas en el orden de lo social, capaz de propiciar la tendencia a conductas suicidas. Estos elementos se acoplan a lo que el *Modelo Diátesis-Estrés* plantea.

Tabla 1. Suicidio según grupo de edad y sexo de la víctima. Colombia 2014¹⁴

GRUPO	HOMBRE			MUJER			TOTAL		
	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.
(10 a 14)	31	2,01	1,41	26	7,81	1,24	57	3,01	1,33
(15 a 17)	76	4,92	5,68	48	14,41	3,74	124	6,60	4,73
(18 a 19)	86	5,57	9,62	26	7,81	3,05	112	5,96	6,41
(20 a 24)	235	15,22	10,77	42	12,61	2,02	277	14,75	6,50
(25 a 29)	194	12,56	9,89	43	12,91	2,23	237	12,62	6,09
(30 a 34)	149	9,65	8,76	24	7,21	1,35	173	9,21	4,97
(35 a 39)	130	8,42	8,52	25	7,51	1,55	155	8,25	4,93
(40 a 44)	111	7,19	8,05	23	6,91	1,54	134	7,14	4,67
(45 a 49)	106	6,87	7,72	20	6,01	1,33	127	6,76	4,41
(50 a 54)	101	6,54	8,11	17	5,11	1,24	118	6,28	4,51
(55 a 59)	90	5,83	8,93	12	3,60	1,07	102	5,43	4,78
(60 a 64)	65	4,21	8,30	9	2,70	1,03	74	3,94	4,46
(65 a 69)	53	3,43	9,08	6	1,80	0,90	59	3,14	4,72
(70 a 74)	49	3,17	12,06	9	2,70	1,85	58	3,09	6,50
(75 a 79)	32	2,07	10,91	2	0,60	0,52	34	1,81	5,04
(80 y más)	35	2,27	12,62	1	0,30	0,25	36	1,92	5,38
Sin información	1	0,06	0,00	-	0,00	0,00	1	0,05	0,00
Total	1.544	100	7,24	333	100	1,51	1.878	100	4,33

Causas asociadas al suicidio en adultos mayores.

A medida que aumenta la población geriátrica se incrementan también los escenarios de vulnerabilidad, que aumentan los riesgos vitales en el adulto mayor que pueden ser devastadores de su equilibrio emocional y predisponer en ellos conductas suicidas (21, 22). En este sentido, el modelo de estrés – diátesis (18) permite una explicación de dicho fenómeno, ya que establece una interacción entre diátesis o vulnerabilidad, ya sea en la dimensión *biológica* por medio de la acción de los endofenotipos, neurotransmisores y factores neuroendocrinos (20), o de situaciones *psicosociales* en el adulto mayor (21) tales como experimentar entornos hostiles, ser víctima de

abandono, estar viudo o divorciado, vivir solo, padecer alguna enfermedad médica crónica (diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, etc.), terminal (Cáncer), dolorosa, invalidante, discapacitante o psíquica, así como también, trastornos mentales como por ejemplo, depresión, angustia, sentimientos de abandono, desesperanza, inutilidad, soledad, inactividad y aburrimiento (23, 13). A ellos se debe sumar el estrés que actúa como factor desencadenante de conductas autodestructivas, que son potenciadas por entornos hostiles (19).

El suicidio de adultos mayores está asociado a múltiples factores que interfieren en su escenario vital y que tienen una relación psicológica importante (20). De suyo la comprensión psicológica del suicidio en

adultos mayores puede iniciar desde la historia personal, lo cual incluye conocer su niñez, adolescencia y cada una de las etapas por las que atravesó hasta llegar a la tercera edad (24). Habitualmente el acto suicida se lleva a cabo como un medio para huir de una situación actual dolorosa, por lo que intenta liberarse de un dolor emocional insoportable, que puede derivarse del hecho de no sentirse útil en la vida, además de un “estorbo o carga para otros”, o ser abandonado por quienes esperó lo atendieran en su vejez (22). Levinson, Darrow, Klein, Levinson, y Mckee (25), y Prados (26) mencionan que la persona en la senectud adquiere progresivamente conciencia de la finitud humana y de que la vida va llegando a su fin, por tanto, el individuo al envejecer reflexiona sobre la capacidad de vida y la conciencia de la propia muerte como proceso normativo, esto en algunos casos puede constituirse en un refuerzo de ideas suicidas primarias que van consolidándose en tanto aumentan diversos factores de vulnerabilidad.

También existe corresponsabilidad de la familia en el suicidio del adulto mayor, dado que a medida que pasan los años éste presenta menos capacidad física y cognitiva, de modo que algunos parientes los aíslan y hacen menos participe de las actividades familiares (10), limitando las posibilidades para que interactúe en diversos espacios sociales (10, 13), como consecuencia sus funciones cada día son menos y sus responsabilidades disminuyen poco a poco, hasta que el adulto mayor se torna sedentario e inactivo (27). Comúnmente se observa que la muerte de un adulto mayor va antecedida de un apartamiento o aislamiento del entorno, y antes de fallecer físicamente, muchos de ellos viven agonías psicológicas y situaciones afectivas en extremo dolorosas y nefastas (26). Asimismo es notable el desarrollo científico-tecnológico ha modificado los códigos y

comportamientos sociales, además de las formas de relación entre sujetos, de modo que los conceptos: obsoleto, antiguo, desactualizado e inservible se asocian al envejecer, lo cual eleva el sentido de abandono y segregación dado a las personas en la senectud (23, 26-27). Este aislamiento según lo apunta Hochschild (28), puede deberse en gran medida a tres causas fundamentales: 1) su declive en el rendimiento laboral; 2) la estratificación con base en la edad; y 3) el debilitamiento de los vínculos de parentesco. Lo anterior revela que si el medio social es más hostil para la persona, éste le obliga a planificar su propia muerte (29).

Respecto al concepto “tercera edad” Serra y Abengózar (30) opinan que el término hace referencia al período posterior a la edad adulta, donde son relevantes los cambios en dos sentidos: 1) en los *roles* (jubilado, abuelo/a, viudo/a....); 2) en las *dinámicas sociales y familiares*; dichos aspectos conllevan a ubicar socialmente a estas personas, en una etapa de la vida de cesación de actividades y posible descanso. Correlativamente el concepto de “vejez” puede verse acompañado de connotaciones peyorativas como por ejemplo: decrepito, viejo, deteriorado, inservible, malogrado entre otras (30). Es preciso mencionar que en este sentido las personas consideradas como “viejos”, en realidad son la representación natural del sujeto en su proceso biológico de envejecimiento (28), de modo que la vejez se manifiesta ante el mundo exterior, como algo que no se quiere alcanzar y es evitado a toda costa (30). El fenómeno suicida no tiene una base psicopatológica única o determinada, y no en todos los casos obedece a enfermedades mentales o físicas, puesto que puede representar en muchas sociedades una solución cultural aceptada y reconocida en diversas situaciones sociales, tal es el caso del *seppuku*, *harakiri* o *hara-kiri* (cultura oriental), el suicidio ritual en

los Mayas e Incas, la inmolación de los fundamentalistas islámicos, entre otros (31).

El suicidio de adultos mayores es un acontecimiento que debe ser estudiado desde diferentes perspectivas, y por diferentes disciplinas científicas dado que debe transitar a una mirada inter y transdisciplinar del fenómeno (36). De acuerdo a Beck (32), la dimensión psicológica de desesperanza interviene en el suicidio, puesto que en ella se involucran el sistema de esquemas cognitivos derivados del deseo de escapar a un problema de difícil solución. Dichos eventos pueden dar forma al acto suicida, porque disminuyen el deseo de vivir, a la vez que infunden en la persona una perspectiva pesimista del futuro (27), y en ocasiones que el adulto mayor considere el suicidio como una solución alternativa ante sus problemas (31). Existen pues, problemas *cognoscitivos* en el reconocimiento el peligro y de las posibles soluciones a implementar, pues el estado emocional parte del hecho de que existe una relación directa entre depresión y suicidio, y al respecto algunos estudios gerontológicos han descubierto que los adultos mayores, debido a condiciones de pobreza, depresión y problemas de salud crónico abrigan expectativas pesimistas hacia el futuro (33-35).

Asimismo en el suicidio influyen también problemas económicos, deterioro de la salud y declive físico, además de soledad, afectaciones emocionales, patologías neurobiológicas y genéticas, trastornos psiquiátricos, abandono familiar-social, y factores sociodemográficos (37-39). En el adulto mayor con riesgo suicida son frecuentes ideas de vergüenza, inutilidad, abandono, sentimientos de desesperanza y la falta de motivación por vivir, en cuyo caso son frecuentes ciertas formas de reproche, insatisfacción y resentimiento socio-familiar (40). Asimismo en los

adultos mayores la disfunción familiar y toda forma de humillación y de maltrato pueden generar e incrementar factores de riesgo suicida (22, 41). Algunos estudios señalan que la mayoría de los núcleos familiares de personas que realizaron un intento suicida se encontró la presencia de crisis familiares connotadas por desorganización y desmoralización, además de un fuerte deterioro de las relaciones familiares (42-45). Alarcón (46) menciona que el ciclo vital del adulto mayor presenta cadena de consideraciones que van de acuerdo a la edad y que evolucionan e involucran dependiendo de factores orgánicos, mentales y socioeconómicos.

Camino y Plazas (47) revelan que el estado colombiano considera adulto mayor a la persona, sujeto o individuo, que tenga 62 años de edad, ya que en esta etapa el sujeto, es poco productivo, y se encuentra en el momento justo para pensionarse, es por esta razón que al adulto mayor se le asocia con un “papel pasivo” (p. 14) del cual puede emerger una situación marginal que puede llevar a una persona mayor hasta la muerte. En las sociedades latinoamericanas se evidencia un rápido proceso de envejecimiento debido a la rapidez de la transición demográfica (48). En el 2005 Colombia contaba con 3'777.900 adultos mayores de 60 años, es decir cerca del 9% habitantes del país, por lo tanto “la esperanza de vida paso de 63 a 73 años entre 1975 y el 2005” (p. 296). El incremento de Adultos mayores en Colombia se debe a la mortalidad, la fecundidad y la migración (22) y al aumento de las expectativas y prácticas de vida (47). Puga, et al., (48) define el *envejecimiento saludable* como “un buen funcionamiento físico y mental, con un número reducido de trastornos crónicos, buena movilidad” (p. 6) de modo que quien no puede envejecer saludablemente enfrentará vulnerabilidades importantes que amenazarán su existencia,

especialmente si la familia deja de ser el principal soporte social del adulto mayor (49). Cabe anotar que las propias familias pueden propiciar maltrato psicológico y físico causando un estado de depresión o enojo en el adulto mayor, lo cual eleva su vulnerabilidad hacia el suicidio (47-48).

En Colombia la ley 1171 de 2007 (50) y la ley 1276 de 2009 (51) promueven los beneficios vitales para la vida del adulto mayor (47) a fin de que fenómenos derivados de múltiples vulnerabilidades como el suicidio mermen su incidencia. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (52) muestra que el 6% en Colombiano tiene afiliación a ningún sistema de salud, y al referirse a los adultos mayores subsidiados en programas alimentarios del gobierno, revela que tan solo el 14% es beneficiario. Asimismo en el aspecto emocional, tres (3) de cada cinco (5) adultos mayores se siente afectado emocionalmente por causa de la salud, siendo las enfermedades más diagnosticadas las enfermedades coronarias, neumonía o bronconeumonía, hipertensión arterial, artritis, epilepsia y cáncer.

Modelo de estrés-diátesis.

El modelo *estrés – diátesis* (18) plantea que ciertas características de algunos individuos generan reacciones particulares ante algunos estímulos del medio ambiente; de acuerdo a ello, busca explicar la tendencia hacia el suicidio por medio de dos dimensiones, el *estrés* como factor desencadenante que actúa sobre los *rasgos de vulnerabilidad de la persona o diátesis* como una predisposición biológica o psicológica a desarrollar un trastorno (53, 1, 54, 55), donde se incluye la genética, el abuso de sustancias, la impulsividad y la personalidad límite o *borderline*, entre otros (56). Este modelo no está ligado a ninguna escuela de pensamiento psicológica e involucra factores biológicos, psicológicos y ambientales (53), proponiendo la comprensión de desarrollo de alteraciones psicológicas de manera biopsicosocial siendo el resultado de estresores ambientales y predisposiciones o vulnerabilidades (Diátesis).

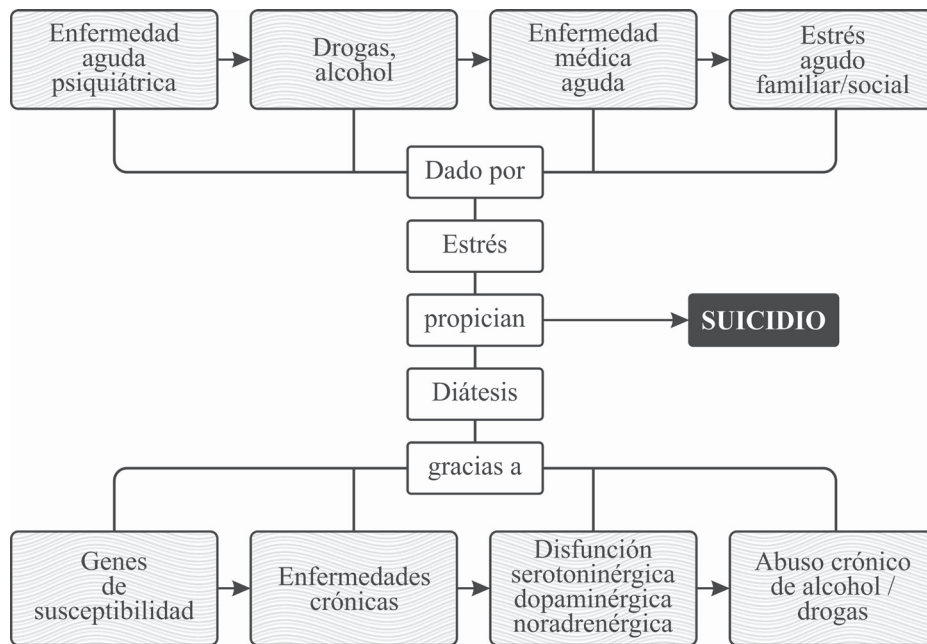


Figura 1. Esquema del modelo estrés diátesis de la conducta suicida^{18, 56}

En este mismo contexto Carballo et al., (20) explican el fenómeno del suicidio por medio de la interacción entre estresores y diátesis (54), así, los estresores son factores biológicos o psicológicos que pueden actuar como agentes precipitantes del acto suicida, ejemplo de ello son los eventos vitales estresantes, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva, etc., al referirse a diátesis se hace alusión a una tendencia al pesimismo y la desesperanza, junto con la presencia de agresividad e incluso de impulsividad (54, 56). Van Heeringen (19) propone el suicidio como proceso de formación de la *diátesis* apoyándose en características rasgo – estado que se integran en la evolución gradual de tendencias suicidas, por medio de la interacción entre las características de la personalidad del individuo y las condiciones especiales del entorno; es así que la secuencia progresiva se desarrolla al iniciar pensamientos o ideas sobre cómo quitarse la vida, y seguido a estas se generan los primeros intentos suicidas que se escalan e incrementan su letalidad. En conclusión serían tres los pasos vivenciados hasta la muerte: ideas suicidas, intentos y suicidio (19). Cabe destacar que en la vulnerabilidad las estrategias de valoración acertada de los eventos pueden resultar insuficientes frente ciertos sucesos, de allí que dicha interacción demarque la diátesis (20).

Lo anterior quiere decir que al presentarse agentes estresores y eventos vitales, la diátesis se da a través de un componente social (forma como se perciben los eventos) y la capacidad de resolver problemas (reacción ante el evento) (20). La pauta para el desarrollo de lo anterior se encuentra en mecanismos dados por las diferencias individuales genéticas, en el desarrollo neuroquímico, la maduración, la predisposición de la personalidad, los mecanismos cognitivos, e incluso en los

procesos de evaluación y atribución (55, 57).

Es éste modelo las interacciones estado – rasgo se dan a través de tres niveles de factores de riesgo: 1) el de *rasgos dependientes de factores* donde se ubica el componente social que marca la forma como se perciben los eventos vitales; 2) los *factores dependientes del estado* descritos en términos psicológicos y biológicos destacándose ciertas características de dominio psicológico cognitivo; y 3) los *factores del umbral* como resultado de la acumulación de experiencias negativas generando vulnerabilidad hacia el acto suicida (54). Asimismo tres características de dominio cognitivo generan predisposición a la conducta suicida en los adultos mayores: 1) *pensamientos de derrota* en los que se racionaliza una pérdida de *status*, dependencia emocional a la recompensa, y mal auto concepto que hace emerger una sensibilidad dolorosa al estrés social; 2) una percepción de “*imposibilidad de escapatoria*” que se vincula al deterioro de la capacidad para resolver problemas, y se conjuga con alteraciones en la memoria autobiográfica y de trabajo; 3) la idea de “*imposibilidad de rescate*”, donde la persona se auto-abandona como efecto de situaciones estresantes inmanejables debido a que carece del control sobre ellas, además de sentimientos de desesperanza, agresión e impulsividad, que aparecen gracias a la rigidez cognitiva que impide la fluidez y modificación de tareas y de evitación del daño (19).

Carballo et al., (20) complementan el modelo al proponer la interrelación de endofenotipos clínicos, neuroquímicos y neuroendocrinos relacionados con la expresión de la vulnerabilidad suicida, la cual está generada por factores genéticos y antecedentes individuales de abuso. Los endofenotipos o

fenotipos como expresiones genéticas incluyen dimensiones de impulsividad, neurotismo o desesperanza, que transforman los neurotransmisores por medio de una dinámica donde la serotonina disminuye generando incremento de la impulsividad, agresión, neuroticismo y niveles elevados de desesperanza (58, 7, 54, 59), además de aumentar la producción de noradrenalina principalmente en el *locus ceruleus*, lo que favorece el aumento de agresividad, desesperanza e impulsividad en mayores proporciones en personas víctimas de abusos (7, 54, 59); también sucede una disminución de dopamina que compromete el circuito del cíngulo y los ganglios basales cuyo efecto es un desinterés general, apatía, desmotivación, insatisfacción y depresión (58, 7, 54, 59). Por último están los marcadores neuroendocrinos que regulan las respuestas del organismo ante el estrés, mediante complejas interacciones entre hormonas por medio del eje hipotálamo – hipófisis – glándula suprarrenal (HPA), de modo que la hiperactividad de esta relación trae consigo el incremento de cuadros depresivos y mayores riesgos suicidas (7, 54, 59).

El modelo previamente mencionado explica el incremento del riesgo de suicidio en personas abusadas durante la infancia, ya que al haber pasado por ese evento traumático se produjo alteración en el eje HDA, y del sistema de neuropéptidos que en la adultez es expresado como inestabilidad emocional, irritabilidad, impulsividad y dificultades para el afrontamiento (20, 59). Adicional a esto debe considerarse que si hay marcadores fenotípicos, la presencia de la conducta suicida es más probable (54). Los adultos mayores presentan vulnerabilidad a estas conductas debido al deterioro de las vías neuronales, he incluso, estudios han identificado la disminución de neuronas dopaminérgicas

y de la función de los receptores de este mismo neurotransmisor a medida que avanza el envejecimiento (54), lo que en los adultos mayores implicaría *diátesis* al presentar desesperanza ante las crisis psicosociales, y posiblemente ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios.

Factores sociales que predisponen el suicidio en adultos mayores.

El suicidio es un fenómeno humano presente en todas las épocas y culturas (2), no obstante, los distintos grupos sociales han mantenido hacia él actitudes muy variables en función de los principios filosóficos, religiosos e inclusive intelectuales de cada cultura (60). A menudo se le asocia a causas relacionadas con la depresión en niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, lo cual no excluye a los adultos mayores (16); de acuerdo a Singer (61) los adultos mayores se desmoralizan porque no pueden ser tan activos e independientes como quisieran ser, de allí que la desmoralización induzca en ellos depresiones que elevan los riesgos de aparición de conductas suicidas. Análogamente Zweig y Hinrichsen (62) mencionan que la depresión es el diagnóstico más común en adultos mayores que han intentado suicidarse. Es importante señalar que los adultos mayores que atentan contra su vida suelen tener menos intentos previos (63) que un adulto y un joven, y pueden acudir al médico antes de llevar a cabo dicho acto (64, 65), de modo que, presentan un riesgo muy alto de concretar el acto suicida que cualquiera de otra edad en todo el mundo (66), no obstante, aun cuando la probabilidad de éxito es elevada, hay quienes logran sobrevivir a estos intentos así, se ha descubierto que los sobrevivientes tienden a experimentar e incrementar sentimientos de culpa y resentimientos que afectan su recuperación, a la vez que son causa de

un aumento de la posibilidad de reincidencia (67).

Muchos adultos mayores al momento de acudir al médico hacen preguntas acerca de su estado, del diagnóstico, y del tiempo de vida, a raíz de ello en ocasiones la noticia de una discapacidad crónica y las preocupaciones que acarrea, puede tornarlos propensos al desarrollo de ideas y acciones autodestructivas (61). Al respecto López (68) menciona que la depresión es un síndrome geriátrico que produce incapacidad y aumenta la mortalidad (directa e indirectamente con otras enfermedades), alterando la calidad de vida de quien la sufre. Los estudios revelan un elevado índice de suicidios consumados en adultos mayores (69, 21, 12), que suelen estar relacionados a enfermedades físicas, pérdida de seres queridos, duelos, viudez y soledad que afectan conjuntamente su sistema inmunológico, ello se suma la idea de ser una carga para otros (bajo apoyo social percibido y recibido), el ingreso al Hogar de ancianos donde pueden ser olvidados por sus familias, sufrir aislamiento social y una pérdida de status social (10, 21, 70). Aunado a lo anterior se encuentra también el aislamiento social como forma de maltrato en contra del adulto mayor (70; 71), cabe anotar que los adultos mayores divorciados, viudos o solteros tienen un elevado riesgo suicida, mientras que, el matrimonio parece prevenirlo (38).

Condiciones psiquiátricas y orgánicas coadyuvantes.

En general para toda la población existen ciertas condiciones psiquiátricas y orgánicas coadyuvantes para que se presente el fenómeno del suicidio, y entre ellas se destacan: antecedentes familiares de suicidio, sobretodo en familiares de primer grado y más si existen antecedentes de esquizofrenia y trastorno bipolar, pues

se aumenta ocho veces más la probabilidad de suicidio (7). En cuanto a los aspectos neurobiológicos se destacan ciertos marcadores biológicos asociados a la depresión (73) tales como: hiperactividad del eje hipotálamo – hipófisis – glándula suprarrenal en los momentos críticos previos o durante la realización de actos suicidas (7, 73, 74), denotados por altos niveles de cortisol y 17- hidrocorticoides (por encima de 10mg/24h (73, 74). De igual manera una disminución de serotonina como neurotransmisor importante en las manifestaciones suicidas, depresivas, violentas e impulsivas, ya sea por bajos niveles de 5 – Hidroxiindolacético (5-HIAA) en el tronco cerebral, romboencéfalo y otros núcleos subcorticales o por incremento de receptores postsinápticos 5-HIAA en el cortex frontal, lo que trae como consecuencia vulnerabilidad a reacciones impulsivas y autodestructivas ante situaciones de crisis (75, 73). Asimismo la mengua y aumento de niveles de colesterol y triglicéridos séricos respectivamente, conlleva la supresión de la melatonina la cual se asocia a tendencias depresivas y suicidas (75, 7, 73). Asociado a este fenómeno se advierte la disminución de dopamina, ácido homovalínico (HVA), del neuropeptido Y en el cortex frontal y el núcleo caudado, densidad de receptores CRF en el cortex frontal, así como también problemas de captación plaquetaria (7).

Se estima que el 90% de los suicidios en adultos mayores se asocian a enfermedades psiquiátricas y trastornos adictivos (59). Dentro de los trastornos Neurológicos son relevantes la enfermedad de Huntington asociada a altos porcentajes de depresión, y un consecuente aumento de riesgo suicidio que es de 4 a 6 veces más alto que en la población general, que puede aumentar hasta 8-20 veces (76). Entre los factores de riesgo se incluyen: abuso de sustancias en la adolescencia, trastorno

antisocial de la personalidad y abusos físicos o psicológicos y adicional a ello, trastorno límite de la personalidad con disminución de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo sumado a impulsividad, trastornos depresivos, trastorno antisocial de la personalidad (77), dependencia y abuso de alcohol u otras sustancias (78), así como también, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, trastorno de ansiedad en cualquiera de sus formas (59; 79), trastorno de alimentación y trastorno bipolar (78), conductas adictivas mixtas, distimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia y esquizofrenia (8). En los trastornos de la personalidad se recalcan específicamente el trastorno histriónico y narcisista con baja tolerancia a la frustración, y los trastornos fronterizos (limítrofes), paranoides y psicopáticos, sobre todo aquellos relacionados con impulsividad (59). Respecto a lo expuesto es preciso resaltar que la comorbilidad entre trastornos generan una mayor vulnerabilidad a conductas suicidas (80).

Según datos proporcionados por Gómez, et al., (59) existen patologías médicas asociadas en un 35 – 40% a los suicidios consumados, como son: VIH/SIDA, cáncer, traumatismo cerebral, esclerosis múltiple, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, patologías asociadas a síndrome mental orgánico, lesiones medulares, insuficiencia renal crónica, enfermedades que causan dolores crónicos, insomnio grave y persistente, entre otros. Tal como se evidencia existe una frecuencia mayor en patologías terminales en individuos de más de 60 años. Para Bobes, Giner y Saiz (8) el 43% de la conducta suicida es explicado a través de la genética, ya sea por enfermedades mentales o dotación genética de agresividad, impulsividad o factores de la personalidad asociados con trastornos mentales

que llevan al suicidio como labilidad emocional, comportamiento antisocial, alta impulsividad, irritabilidad, rigidez de pensamiento, escasa habilidad de resolución de problemas ante a dificultades, dificultad para comprender la realidad, tendencia a la fantasía, específicamente donde predominen sentimientos de desvaloración, susceptibilidad a la decepción, excesiva ansiedad ante malestares físicos, sentimientos de inferioridad e incertidumbre ambiental, que pueden estar enmascarados bajo manifestaciones abiertas de superioridad, arrogancia, irritabilidad y conductas desafiantes o de rechazo hacia otros (79).

En el adulto mayor vulnerable la conducta suicida es asociada a enfermedades psiquiátricas dentro de las que predominan episodios depresivos presentes entre el 50% y el 87% de los casos de suicidios, con predominio de depresión psicótica y depresión mayor (81), por lo que constituye la causa habitual de suicidio (82). Dentro de este contexto, ha de considerarse que más del 50% de los adultos mayores suicidas padecen un trastorno depresivo recurrente por primera vez, presentando una menor frecuencia de otros trastornos afectivos, por ello gran parte de los ancianos suicidas carecen de antecedentes psiquiátricos (81). La depresión senil suele presentarse atípicamente y puede enmascararse a través de ideación hipocondriaca presente en el 60% de las depresiones de esta etapa. Análogamente, los cuadros psicóticos de evolución tardía presentan potencialidad suicida al generar ideas de muerte relacionadas con producciones delirantes y alucinaciones auditivas de contenido *tanático* (59, 81). Adicional a esto, a medida que se incrementa la edad aumentan de enfermedades físicas, siendo las enfermedades orgánicas las de mayor presencia en adultos mayores suicidas (81); sin embargo, la ejecución del acto suicida no es por la enfermedad en sí, sino

también por la existencia de un trastorno depresivo concomitante (81).

Las enfermedades somáticas incrementan el riesgo suicida en la tercera edad ya sea, precipitando o exacerbando cuadros depresivos, o actuando a la par con trastornos que traen anexos síntomas psicóticos (59, 78). En los adultos mayores la asociación de dolor crónico y depresión eleva la potencialidad suicidógena (83, 81), asimismo el riesgo suicida se hace cinco veces mayor al presentar dolor, déficit visual, enfermedad neurológica, cáncer, pérdida de autonomía en las actividades de la vida diaria (8). Específicamente en el cáncer el riesgo más elevado después del diagnóstico, además al existir comorbilidades con pluripatologías que causan a su vez la polimedicación que en ocasiones puede generar episodios depresivos secundarios (81). El adulto mayor que intenta suicidarse presenta el siguiente perfil: salud deteriorada, viudez, aislamiento, con escaso soporte social, y síntomas depresivos y regularmente la acción con disparo con arma de fuego (8). Sus problemas físicos son amplios y entre ellos se destacan patologías artríticas que alteran la locomoción, enfermedades cardiovasculares que limitan el ejercicio físico, enfermedades neurológicas que comprometen la función intelectual (83, 81), enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes como Parkinson y alzhéimer o una combinación de ellas, además de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer, causantes de altos niveles de dolor físico, emocional y de dependencia social (41, 83, 81).

Discusión

El suicidio en adultos mayores al igual que en otros ciclos vitales es un evento prevenible que requiere la intervención urgente de diversos profesionales

comunidades e instituciones, desde una perspectiva transdisciplinaria (1, 2, 10, 21, 58). Múltiples investigaciones revisadas concuerdan en que los adultos mayores aparece la ideación suicida a través de ideas relativas al deseo de estar muerto, cesar un dolor intenso o de buscar una mejor vida a través de la muerte (63-65, 68, 81-84), asimismo se producen intentos suicidas y el suicidio como las dos formas más representativas de la conducta suicida (37, 85), tomando en cuenta que en los ancianos los grados de letalidad son mayores en comparación con otros grupos etarios (37, 41). Cabe mencionar que las causas del suicidio en la población geriátrica van más allá de una enfermedad crónica e incluyen falta de afectividad familiar y abandono social mismos que generan sentimientos de inutilidad, de ser una carga para otros o de rechazo socio-familiar (42), estos resultados son coincidentes con otras investigaciones que ven en la familia el foco de conflictos emocionales y físicos del adulto mayor, dado que suelen aumentar los factores de riesgo vital a raíz del abandono a que los someten (24, 33, 44, 52).

Asimismo aparecen el aislamiento social, el síndrome del nido vacío, y la muerte de los amigos cercanos y parejas, lo cual aumenta el riesgo de depresión tornándolos proclives al decaimiento y estados anímicos perjudiciales (37, 39, 41, 46).

En Colombia existe una relación directamente proporcional entre el aumento de las tasas de adultos mayores y su estado de vulnerabilidad biopsicosocial (22, 37), dado que la existencia de muchos adultos mayores está definida en términos de abandono, pobreza, desatención, marginalidad y maltrato (47-49, 63), mismos que al convertirse en riesgos vitales, pueden llevarlo a cometer el acto suicida (9, 10, 33, 41, 47). Cabe mencionar también que la marginalidad en el adulto

mayor no constituye la única garantía de la aparición de conductas suicidas, por lo que una mirada integrativa desde el modelo estrés-diátesis puede explicar adecuadamente la interacción entre el estrés y las condiciones de vulnerabilidad en la persona (20, 53); por tal motivo es la asociación entre estresores biológicos, psicológicos y sociales lo que llega a desencadenar la diátesis (20), ya sea por efecto de endofenotipos *clínicos* que actúan a modo de factor hereditario de depresión, impulsividad, neuroticismo y desesperanza; los *neuroquímicos* como la acción de la serotonina, noradrenalina y dopamina (4, 19, 75, 81); los factores *neuroendocrinos* relacionados con la actividad del eje HPA (20, 4, 54, 75, 81) o las enfermedades físicas, emocionales o psiquiátricas que al ser padecidas intensa y dolorosamente pueden precipitar el acto suicida (10, 24, 41).

Cabe anotar que el estrés es un factor fundamental a la hora de interpretar las causas del suicidio en el adulto mayor (14, 17, 20, 25), pero éste por sí solo resulta insuficiente para explicar su multidimensionalidad, ya que de la interrelación entre conductas sociales de riesgo, y rasgos de vulnerabilidad o diátesis -influenciados por el ambiente social-, es de donde emergen mayores condiciones de vulnerabilidad y suicidios en los adultos mayores (19, 34, 36, 40). Las investigaciones concuerdan en que los factores estresantes, pueden ser *biológicos* cuando determinan un estado deteriorado de salud posiblemente con enfermedades agudas médicas o psiquiátricas (7, 10, 37); *psicológicos* si generan conflictos psíquicos relacionados por pérdidas emocionales, que incrementan la tendencia a la depresión como un aspecto predisponente al suicidio (16, 30-33, 41); y *sociales* cuando incluyen falta de oportunidades para ser tan productivos e independientes como desearían llegar ser

(48, 53-56, 61, 65), además de una falta notable de apoyo social, es decir, un estado de aislamiento e incluso maltrato de sus familiares y cuidadores (21, 24, 37, 41, 81-83).

El adulto mayor vulnerable se ve expuesto a situaciones socio familiares que pueden afectar su estado emocional (9, 18, 24, 30, 42), algunas de ellas muestran que el entorno social y cultural no está preparado para ofrecer a los adultos mayores las garantías materiales, emocionales y ambientales para asegurarle una vejez digna (11-14, 22, 47, 78), por lo que el llegar a la adultez mayor constituye para muchas personas un problema de amplias magnitudes, más si no se cuenta con una red social y familiar de apoyo, si dicho sostén es escaso, insuficiente o inexistente (36, 37, 42, 44). Es importante señalar que las experiencias negativas a lo largo de su vida a menudo dejan huellas mnémicas dolorosas, al estar especialmente relacionadas con eventos traumáticos, que afectan al individuo física y emocionalmente (8, 9, 23, 25); ejemplo de lo anterior es el incremento del riesgo suicida en personas que han sido abusadas en la infancia, puesto que ello ha alterado el eje HPA generando marcadores biológicos que llevan al individuo a la diátesis hacia la conducta suicida (54, 37), además de recuerdos negativos de la infancia, dificultades de socialización, irritabilidad y frustración constante, síntomas que repercuten negativamente a través de la vida en su capacidad para sortear y resolver la adversidad, y que en momentos de crisis posteriores puede convertirse en factores desencadenantes de descompensaciones y vulnerabilidades afectivas y sociales (9, 48, 49, 37)

Aunque casi todas las tendencias explicativas del suicidio se centran la interacción sociofamiliar dañina y aspectos psicoafectivos disfuncionales, existen tendencias desde una mirada

psiquiátrica que ven las conductas del espectro suicida como el efecto asociado de una psicopatología de base (8, 10, 34, 37, 46, 75), que se ha estructurado conforme a los estilos de vida de las personas (69, 82, 87), así el adulto mayor con tendencias suicidas presenta ciertas características neuropsicológicas tales como, disminución de la serotonina y aumento de la noradrenalina los cuales están asociados a la depresión y las tendencias suicidas (4, 19, 20, 54, 81), dado que elevan los niveles de desesperanza, agresividad e impulsividad; la mirada biológica del suicidio en adultos mayores indica que dicho fenómeno acontece en el marco del avance del proceso natural de envejecimiento, en el cual se produce una disminución de las neuronas dopaminérgicas, y de la función de los receptores de dicho neurotransmisor (54), por lo tanto la diátesis presente en la senectud incrementa en el adulto mayor la letalidad al ejecutar el acto suicida, aspecto al que es necesario adicionar el estrés por el pasado vivido (doloroso, traumático), pesimismo ante el futuro y desesperanza, acciones que en conjunto pueden desencadenar bajo condiciones especiales de vulnerabilidad, ideas y acciones enfocadas en la autoeliminación (67, 19).

Conclusiones y recomendaciones

Las conductas del espectro suicida en el adulto mayor se asocian a problemáticas sociales, psicológicas y ambientales, especialmente vinculadas al contexto familiar y social. En este sentido muchos casos de suicidio se deben al notable abandono, maltrato y desprecio del cual pueden ser objeto muchos adultos mayores. La sociedad y sus instituciones deben generar estrategias que provean medios de apoyo para logren sobrellevar los cambios socioemocionales que la vejez implica, fortaleciendo la cultura

de sostén emocional y del apoyo, cuidado y protección permanente del adulto mayor. El suicidio en el adulto mayor es la emergencia resultante de la asociación de múltiples experiencias, afectividades, psicopatologías desarrolladas a lo largo de la vida, y predisposiciones interinfluyentes que tienen la propiedad de transformar la autoeliminación como opción de escape al padecimiento físico, emocional y social que trae consigo el envejecer. A ello deben sumarse: las consecuencias y estigmas que conlleva el “hacerse viejo”, es decir, cambios en los roles que antes se desempeñaban, aumento de circunstancias estresantes, mayores periodos de soledad, enfermedades degenerativas o incapacitantes, dependencia de otros, aislamiento, sentimientos de inutilidad, falta de afecto, temor a la muerte, inactividad, pérdida de autoestima y depresión.

El suicidio como fenómeno multifactorial y complejo, demanda intervención integral para su prevención en cada uno de sus niveles (primario, secundario y terciario), incluyendo el abordaje de las problemáticas estructurales y emergentes en cuanto salud mental, situaciones socio-familiares, aspectos económicos, culturales, ocupacionales, educativos, laborales, recreativos, y todos los demás ámbitos que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida en cada uno de los ambientes de desarrollo del ser humano, promoviendo estilos saludables entre la población desde las más tempranas etapas de la vida hasta las más avanzadas. Ello hace referencia a la importancia de considerar la hipótesis estrés-diátesis al momento de pensar acciones preventivas, dado que desde dicha lógica el suicidio en el adulto mayor emerge como un evento complejo a razón de la multifactorialidad de elementos que al interrelacionarse elevan la vulnerabilidad del adulto mayor y lo tornan proclive

al suicidio. En este sentido una visión relacional del suicidio resulta importante para evitar el sesgo explicativo sobre el fenómeno, además de brindar luces acerca de intervenciones integrales e integradas.

La vida del adulto mayor cambia a razón de la disminución de su capacidad productiva y las limitaciones multidimensionales que la edad conlleva; además de ello, también se producen cambios inevitables y propios de la edad a nivel fisiológico, psicológico y social, lo cual pueden generar un estado de marginalidad por parte de la familia y la sociedad cuando se abandona o maltrata al adulto mayor a razón de dichas deficiencias. Lo anterior trae consigo la emergencia de síntomas depresivos y abatimiento frecuente que altera su funcionamiento físico, psicológico, neurológico y comportamental, y lo acercan cada vez más al acto suicida. Sin embargo, el adulto mayor puede tener una buena calidad de vida siempre y cuando cuente con una buena relación con su entorno social (familiares y amigos), procurando que dicha interacción mutua sea independiente, se construya sobre el respeto y se le cubran sus necesidades para su subsistencia.

En el fenómeno del suicidio actúan dos (2) aspectos importantes: el *estrés* como factor desencadenante a partir de la interacción con el entorno, y la *diátesis* como rasgo de vulnerabilidad biológica o adquirida, en el cual se incluyen rasgos de personalidad, experiencias vitales y predisposiciones hereditarias. La población geriátrica presenta mayor vulnerabilidad al estrés y diátesis a razón del deterioro físico, emocional y cognitivo que acarrea el envejecer, junto a ello se encuentran factores de riesgo como por ejemplo, enfermedades crónicas, depresión, trastornos crónicos del sueño, pérdidas de seres queridos, sentimientos de soledad e inutilidad, siendo la soledad

y el abandono, las causas principales por las cuales el adulto mayor elige el suicidio como salida ante problemas que no puede resolver. Cabe anotar que la confluencia de estos elementos hace que el acto suicida en los adultos mayores tenga una mayor letalidad. Si bien existen múltiples modelos explicativos del suicidio, es el modelo de estrés-diátesis el que brinda luces para comprender el suicidio en adultos mayores desde una visión relacional, dado que hoy más que nunca es preciso comprender dicho fenómeno tomando en cuenta la confluencia de múltiples condiciones que lo suscitan.

Referencias

1. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco C. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006; 29 (5): 66-74.
2. World Health Organization – WHO. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide York, UK. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 1986. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\(S\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S).pdf).
3. Espinosa O, Calderón L, Gasca ML, Rodríguez M, Barbosa C. Percepción del Suicidio en Niños que atraviesan la Niñez Intermedia. (Tesis doctoral). Colombia: Pontificia universidad Javeriana; 2004.
4. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*. 2003; 4(10): 819-828.
5. Reina MA, Ania JM, Azañón R, Bazán P, Cardeñosa MJ, Castellón L, Castilla MC, Fernández I, Garrido MR, González A, González J, Herrera N, Junquera CR, Jurado MC, López E, Macías J, Matos M, Millán F, Millán MD, Montero E, Ríos C, Romero AM, Romero C, Silva MC, Toribio JC, et al. *ATS/DI Atención especializada, Temario Vol. 2*. Instituto Catalán de la Salud. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): Editorial MAD; 2002.
6. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. Classification of suicidal behavior. ii dimensions of suicidal intent. *arch gen psychiatry*. 1976; 33: 835-837.

7. Mingote JC, Jiménez MA, Osorio R, Palomo T. SUICIDIO Asistencia Clínica: Guía práctica de psiquiatría médica. Madrid (España): Ediciones Díaz de santos, S.A; 2004.
8. Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida. Fundación española de psiquiatría y salud mental. Madrid: Editorial Triacastela; 2011.
9. Ribot V, Alfonso M, Ramos M, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev haban cien med.* 2012; 11(5): 699-708.
10. Agüera, L. Psiquiatría en el anciano. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (editores). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009. p. 661-672.
11. Forensis. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2011. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e>
12. Forensis. Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal Colombiano, 2012. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2012. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+suicidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c>
13. Forensis. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Instituto de medicina legal y ciencias forenses; 2013. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
14. Forensis. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de medicina legal y ciencias forenses; 2014. Disponible en:
15. Andrade JA. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista electrónica de psicología, Iztacala (En línea)* 2012 (Agosto 20 de 2012); 15(2), 688-721. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/32373>
16. Acevedo X. Depresión y suicidio de las personas mayores: ¿una realidad prevenible?. Fundación Saldarriaga Concha; 2014. Disponible en: http://www.saldarriagaconcha.org/images/noticias_recientes/Noticias/2014/adjuntos/Informe-Depresi%C3%B3n_y_Suicidio_en_las_Personas_Mayores-Julio.pdf
17. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999; 156, 181-189.
18. Van Heeringen C. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(5), 292-300.
19. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal Behavior. An Integration of Biological and Clinical findings. *Archives of suicide research.* 2008; 12, 93-110.
20. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr.* (en línea) 1999 (Marzo 25 de 2012); 15 (2), p. 196-217. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf
21. Nieto ML, Alonzo LM. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?, *Salud uninorte.* 2007; 23(2), 292- 301.
22. Mansilla F. Suicidio y prevención. Valldargent: Intersalud; 2010.
23. Jiménez E. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *MEDISAN.* (en línea) 2012 (Enero 26 de 2012); 15(3): 339- 344. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300010&lng=es
24. Levinson, D.J., Darrow, C.M., Klein, E.B., Levinson, M.H. & Mckee, B. (1976). Periods in adult development of men: Ages 18 to 45. *The Couns. Psychol.* 6, 21-25.
25. Prados Pérez F. *El hombre ante la muerte*. Madrid: Iberoamericanas Quorum; 1986.

27. Zarragoitia I. Depresión. Generalidades y particularidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
28. Hochschild A. The unexpected community. Englewood cliffs. N.J.: Prentice Hall; 1973.
29. Miller NE, Galanter J, Priban E. Plans and the structure of behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.; 1960.
30. Serra E, Abengózar MC. Ancianidad y preparación para la muerte. Anales de psicología. 1990; 6 (2), 147-158.
31. Rodríguez JG. Prevalencia de suicidio en la población gerontológica de Puerto Rico, periodo de 1980-2006. Psicología y Salud. 2010; 20(1), 89-96.
33. Alsina S, Rodríguez JR. El suicidio en ancianos puertorriqueños. Revista Latinoamericana de Psicología. 1995; 27, 263-282.
34. Rodríguez JR, Alsina S. The suicide phenomenon in Puerto Rico elderly population: A ten year retrospective study (1980-1990). Revista de Psiquiatría. 1994; 1, 9-11.
35. Santos J, Hubbard R, McIntosh J. Elder suicide: Research, theory, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
36. Ordóñez Monak IA. Caracterización de los Suicidios en adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia; 2009. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12451/#sthash.EmAOBJc6.dpuf>
37. Alarcón R. Sobre la Vulnerabilidad del Anciano: Reflexiones mínimas en el marco de los principios bioéticos. Cuadernos De Psiquiatría De Enlace, ed: Sociedad Colombiana de Psiquiatría. 2003; 2: 11-15.
38. O'Connell H, Chin A, Cunningham C, Lawlor BA. Recent Developments: Suicide in older people. British Medical Journal. 2004; 329: 895-899.
39. Burnet F. La Entereza de Vivir. Importancia de la Genética en la Vida Humana. México: Ed. Conacyt y FCE; 1982.
40. Foster T. Suicide note themes and suicide prevention. Int J Psychiatry Med, 2003; 33(4): 323-331.
41. Sánchez E. El suicidio en ancianos: Prevención e intervención psicológica. Conferencia en CASC: 10/09/13, con ocasión de la celebración de las V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio. Centro de Humanización de la salud; 2013. Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/El_suicidio_en_ancianos.pdf
42. Herrera P, Avilés K. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000; 16(2): 134-7.
43. Toro D, Paniagua R, Gonzáles C, Montolla B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009; 27 (3): 302-308.
44. Manzano A, Romero M, Roman G, Arriaga M, Toscano V, Pivaral C. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factor de riesgo para intento de suicidio. Rev Mex Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47 (6): 643-646.
45. Rodríguez J, Medina O, Cardona V. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. Revista de la facultad de medicina. 2013; 61 (1): 9-16.
46. Alarcón R. La depresión en ancianos. Interpsiquis 2001. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría. Intersalud. 2001. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/1816>
47. Camino MC, Plazas AP. Políticas públicas para el adulto mayor (trabajo de grado para optar por el título de especialista en gerencia social). Corporación Universitaria Minuto De Dios, facultad de ciencias empresarial, especializada en gerencia social, Bogotá, Colombia; 2009.
48. Puga D, Rosero L, Glaser K, Castro T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: costa rica, España e inglaterra. Población y salud en mesoamérica, 2007; 5(1): 1-21.
49. Rojas MV. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y

- el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica en la ciudad de Girardot. *Avances en enfermería*. 2007; 25 (1), 33- 45
50. Ley 1171/2007 de 7 de Diciembre, Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. (Diario oficial 46835 de diciembre 07 de 2007).
51. Ley 1276 de 2009 de 5 de Enero, Por medio de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. (Diario oficial 47.223 de 01/05/2009).
52. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), Ministerio de la Protección Social (MPS) y gobierno de los Estados Unidos a través de USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Colombia: Profamilia; 2010. Recuperado de: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
53. Trull TJ, Phares EJ. *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta edición. México: Editorial Thomson; 2003.
54. Colimon N, Tellez-Vargas J, Cisneros C. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica; 2006.
55. Oblitas LA, Becoña E. *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés. S.A.; 2000.
56. Martínez, CA (2010). El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio (II). *Gestión Práctica de Riesgos laborales*, 75, 36 – 45.
57. Villalobos FH. *Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento psicológico; 2009.
58. Cruz JB, Pérez E. *Compilación: El suicidio “Un fenómeno de origen multifactorial”*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México: División Académicas de Ciencias de la Salud; 2003.
59. Gómez C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. *Psiquiatría Clínica; Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ª Ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2008
60. Bobes García J, González Seijo J, Saiz Martínez PA. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Barcelona: Masson; 1997.
61. Christie, T. Oregon ranks near top in suicide among elderly. *Oregon: The Register Guard*; 2005.
62. Zweig R, Hinrichsen G. Factors Associated With Suicide Attempts by Depressed Older Adults: A Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1687-92.
63. Andraca F. Suicidio en adultos mayores: generalidades. *Geriatrka*, 1998; 14: 17-23.
64. Blazer DG. Depresión. En: Beers M.H, Berkow R. (Eds.). *Manual Merck de Geriatria*. Madrid: Harcourt; 2001. Disponible en: http://www2.univadis.net/opencms/opencms/publicaciones/manuales/5/4/Cap_033
65. Torres RM, Vazquez O. Aspectos epidemiológicos de la depresión en el anciano. En: *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Depresión en el anciano*. Barcelona: Editorial Glosa; 2002.
66. Organización Mundial de la Salud – OMS. *Prevención del Suicidio (SUPRE)*; 2002. Disponible en: www.who.int/mental_health/prevention/suicide
67. Constantine RE, Sekula LK, Rubinstein EN. Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide Life Threatening Behavior*. 2001; 31, 428-441.
68. López JA. “La depresión en el paciente anciano” Centro Municipal Tercera Edad. Área de Bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga. ESPAÑA. *Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología*. (en línea) 2001; 3(2): 14. Disponible en: <http://www.gerontomigracion.uma.es/geriatria/index.php/journal/search/authors/view?firstName=J.A.&middleName=&lastName=L%C3%B3pez%20Trigo&affiliation=Centro%20Municipal%20Tercera%20Edad.%20Area%20de%20Bienestar%20>

- Social%2C%20Ayuntamiento%20de%20M%C3%A1laga.%20ESPA%C3%91A
69. Defleur, J. Psychothérapie dans la dépression. En: Simeone I, Abrham, G. Introduction a la Psychogeriatric. Collection: Biologie et psychologie. Francia: Lyon SIMEP. 1984; 164-168.
70. Rubenowitz E, Waern M, Wilemson K, Allbeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides—case-control study. *Psychol Med.* 2001; 31: 1193-202.
71. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry.* 2003; 183: 382-3.
72. Bettini, M. La repetición de los intentos suicidas y su relación con el duelo. (Tesis de Maestría). Uruguay: Universidad de la república; 2014.
73. Bobes J, Sáiz PA, Gonzalez MP, Bousoño M. Bases biológicas de las conductas suicidas y parasuicidas. *Focus on Psychiatry.* 1996; 3: 52-64
74. Åsberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry.* 1976; 33: 1193–1197
75. Echeverry Y, Aristizabal O, Barraza F, Aristizabal A, Martínez J, Montoya G. Suicidio: revisión de aspectos neurológicos. *Rev. Invest.* 2010; 21: 186 -193.
76. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurología Clínica; diagnóstico y tratamiento. Vol. I. 4ª ed. Barcelona Editorial Elsevier España; 2006.
77. Cervera G, Haro G, Martínez J. Trastorno Límite de la Personalidad Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
78. SNS. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento. Galicia: Sistema Nacional de salud (SNS) del Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2010.
79. OMS. Prevención del suicidio un instrumentos para docentes y demás personal institucional; Trastornos mentales y cerebrales. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
80. Niméus A, Alsén M, Träskman L. La escala de evaluación del suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 2001; 8: 54-62.
81. Vidal D. Factores de riesgo suicida en el anciano, Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 1999; 8(2), 103-112.
82. Serna I. La vejez desconocida: una mirada de la biología a la cultura. España: Editorial Díaz de Santos; 2003.
83. Garcia H, Sahagún J, Ruiz A, Tirado J, González J. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. salud pública.* 2010; 12 (5): 713-721.
84. Pinto, L. Variables predictoras de la intención conductual de suicidio en adolescentes yucatecos mediante la teoría de acción razonada. (Tesis de Maestría). México: Universidad Autónoma de Yucatán; 2000.
85. Peña L, Casas L, Padilla M, Gómez T, Gallardo M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana Med Milit.* 2002; 31(3), 182-187.
86. Joiner TE, Browns JS, Wingate RL. The Psychology and neurology of suicidal behavior, *Annu Rev. Psychool.* 2005; 56, 287-314.
87. Hernández ZE. La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2005; 7 (002): 79-100.