

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: Carla Giannattasio

SUICIDIO EN ANCIANOS

2015

Citar como: Giannattasio, C. (2015). Suicidio en ancianos. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice

1. Introducción.....	3	3
2. Planteamiento del problema.....	4	4
3. Marco conceptual	6	6
4. Desarrollo.....	6	6
5. Estadísticas de Argentina en el periodo 2003 – 2013.....	25	25
6. Conclusiones.....	26	26
Anexo.....	29	29
Bibliografía.....	40	40

1. Introducción

El suicidio es una de las principales causas de muerte violenta en el mundo y hay descriptas altas tasas en la población de adultos mayores de 65 años. La vejez es una etapa vital vulnerable a las pérdidas y la presencia de éstas de modo inesperado, puede ocasionar procesos de duelo complicados que requieren de especial apoyo familiar y profesional.

Las personas mayores conforman un segmento de rápido crecimiento de la población, por lo tanto, el número absoluto de sus suicidios continua incrementándose, lo que hace necesario profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción.

En la mayoría de los individuos, la edad avanzada se caracteriza por una serie de pérdidas de distinto tipo que pueden provocar depresión y exponer al sujeto al riesgo de suicidio. A menudo no es el episodio aislado lo que conduce al deseo de morir, sino la suma de varias causas.

El suicidio en las personas ancianas generalmente se contempla como la muerte de una persona que ya no es productiva en el sentido social y económico y que por otro lado ha vivido ya su vida. Se considera entonces, erróneamente, como un acontecimiento mucho menos trágico que la muerte de una persona joven.

El suicidio es siempre un acontecimiento traumático para la familia de la víctima y su importancia epidemiológica constituye un válido índice del dolor y de la infelicidad de los sujetos ancianos. Es muy importante recordar que el suicidio de la persona anciana puede considerarse una causa de muerte potencialmente evitable.

El suicidio de un individuo a lo largo de la última etapa de su vida es un hecho no infrecuente que suele relacionarse con la depresión del paciente. Sin embargo, no está claro el papel de las enfermedades que podríamos denominar "físicas" para diferenciarlas de las puramente mentales. Este desconocimiento se ve influenciado por el deficiente número de investigaciones que se realizan sobre este tema.

Es conocido que la conducta suicida en el anciano tiene rasgos distintivos. Realizan menos intentos de suicidio que los jóvenes, por cada anciano suicida lo han intentado cuatro, mientras que por cada joven suicida, lo han intentado doscientos. Utilizan métodos más mortales (el 85% de los suicidios en los hombres ancianos es por ahorcamiento, armas de fuego y precipitación de lugares elevados). Reflejan menos señales de aviso y estas son más difíciles de detectar. Dichos actos suicidas no son impulsivos, sino meditados, realizados después de un detenido proceso de reflexión. También, pueden asumir la forma de suicidios pasivos (no ingerir alimentos, dejarse morir).

Los factores de riesgo en los ancianos obedecen a varias categorías, como ser: factores médicos, factores psiquiátricos, factores psicológicos, factores familiares y factores socio ambientales. Otro factor de riesgo suicida en la vejez es el maltrato al que son sometidos muchos ancianos.

Los factores protectores del comportamiento suicida en el anciano son aquellos que reducen el riesgo de realización de un acto suicida en este grupo poblacional. Estos factores pueden ser comunes a cualquier etapa de la vida o bien ser propios de una etapa determinada como el apoyo social, las relaciones armónicas con las nuevas generaciones y pertenecer a una sociedad con actitudes de respeto y veneración a los ancianos.

Este escrito se trata de un trabajo descriptivo sobre los motivos que llevan al suicidio a los ancianos y los factores de riesgo que presentan. Se tomó como población ejemplo a los mayores de 60 años cuya causa de defunción fue suicidio en todo el territorio de Argentina en el período de 2003 a 2013 según los datos del Ministerio de salud de la Nación.

Se argumenta que el suicidio a una edad avanzada de la vida debe ser motivo de gran preocupación y justifica que se centre en ello la atención de los investigadores, profesionales de la asistencia sanitaria, responsables de la toma de las decisiones políticas y sociedad en general. Se revisa la evidencia existente respecto a los factores que sitúan a los ancianos en riesgo de suicidio o que los protegen de ello. Se exponen distintas intervenciones para prevenirlo, se ofrecen recomendaciones para su aplicación con el objetivo de crear una respuesta efectiva, en el ámbito de la sociedad, frente al problema creciente del suicidio en las personas de la tercera edad y se expone un ejemplo que actualmente funciona en el Municipio de San Isidro.

2. Planteamiento del Problema

Una persona que ha transitado toda su vida ya, ha llegado a sus nietos y algunas veces a sus bisnietos, se encuentra en un momento en donde el goce y el disfrute de todo lo vivido y alcanzado a lo largo de su vida debería ser el corolario de sus días, o por lo menos, esa etapa final de la vida debería ser de descanso por todos los pasos dados, las batallas ganadas y las pérdidas. En la práctica diaria me encuentro con una realidad muy diferente. En vez de cuidar a estas personas que ya no lo pueden hacer por si mismas por las limitaciones psicofísicas lógicas para la edad, escucharlas, aprender de ellas o simplemente acompañarlas en su despedida de la vida y de lo que fueron, se los trata como un estorbo y como si no tuvieran nada más que hacer que "existir". Está claro que la población mayor, en su mayoría, va a desarrollar una depresión, pero no creo que sea tanto así por las limitaciones de las que se van haciendo conscientes con el paso de los años sino por el poco lugar que tienen para expresar sus dolencias, tristezas, por la poca atención que se le da a su esparcimiento y a que sigan cultivando las funciones que si tienen conservadas todavía. Viendo el panorama actual en donde al "abuelo" se lo trata como algo descartable o a punto de

llegar a su fecha de vencimiento, y no se hace demasiado por ayudarlos a transitar esta etapa de la vida como se ayudaría a un adolescente, es hasta entendible las altas tasas de suicidio que existen en esta población, y que para agravar la situación, no son reconocidas como estadísticas alarmantes.

Al ver la cantidad de pacientes de la tercera edad que requerían antidepresivos, comencé a investigar los motivos de estas depresiones, lo cual me llevo a las estadísticas de suicidio. Al elaborar las formas de prevención, note lo poco que se hace en ese sentido en Argentina, tanto desde el gobierno como desde instituciones privadas, incluyendo los hogares de residencia o geriátricos.

Podríamos, entonces, hacernos distintas preguntas:

¿Por qué hay una tasa de suicidios tan alta en la población de adultos mayores de 65 años?

¿Cuáles serían los motivos que los llevan al suicidio?

¿Cuáles podrían considerarse factores de riesgo?

¿Qué métodos son los elegidos para producir la muerte?

¿Se podrían prevenir los suicidios en los adultos mayores de 65 años?

Objetivo general

Identificar los motivos y formas de suicidios de los ancianos y los factores de riesgo que tiene esta población, en Argentina, en el período 2003 a 2013, a fin de proponer medidas de prevención.

Objetivos específicos

1. Explorar los motivos que llevan al suicidio a los ancianos
2. Identificar los factores de riesgo que llevan a tomar esa decisión
3. Determinar los métodos que se usan
4. Elaborar medidas de prevención

3. Marco conceptual

Como ya se ha expuesto en la introducción, el tema del suicidio en la población anciana no es algo que se le dé demasiada importancia tanto a nivel nacional como a

nivel mundial. Es una situación totalmente prevenible pero para lo cual hay que realizar un cambio de estructura de los servicios, prestaciones y contención que se le brinda al adulto mayor una vez que se retira de su actividad laboral y pasa a realizar una vida de sosiego.

Si bien están las asociaciones médicas gerontológicas en diversos países, incluido el nuestro, en donde se encuentra más información y bibliografía con respecto puntualmente al suicidio en la tercera edad es en España.

En lo que respecta a Argentina, más que las estadísticas generales de la población y sus causas de muerte, no hay mucho material sobre este problema, así como tampoco medidas aplicadas para mejorar las estadísticas.

4. Desarrollo

Causas de suicidio en los ancianos

Muchos autores plantean el suicidio en la edad avanzada como una nueva epidemia que es necesario controlar y prevenir. Se puede observar que las personas mayores tienen propósitos más firmes de morir y utilizan medios más letales, con consecuentes menores tasas de parasuicidio (intentos fallidos).

La etiología de la conducta suicida en el anciano es multifactorial. Suelen tener roles coprotagónicos la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión.

El perfil más probable del anciano suicida estaría representado por un hombre con antecedentes de un primer episodio depresivo después de los 40 años, que vive solo, con historia familiar de depresión o alcoholismo y que ha padecido una pérdida reciente.

En líneas generales, las pérdidas frecuentes que se pueden observar en el anciano son las de tipo físico (movilidad, oído, vista, control de vejiga o intestino), pérdidas de tipo cognoscitivo (memoria, capacidad de aprendizaje, capacidad de abstracción) y pérdidas de tipo social/laboral (fallecimiento de amigos, disminución de las actividades sociales).

Suicidio y trastornos psicológicos

Diferentes trastornos psicológicos han sido identificados como los responsables de la conducta suicida en la persona mayor. La enfermedad mental es el factor de riesgo más importante de suicidio, especialmente la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo.

La depresión es el trastorno mental que está más fuertemente vinculado con el suicidio y especialmente en la tercera edad, ya que entre el 60 y 90 % de los mayores que intentan suicidarse tienen síntomas depresivos. En general, los pacientes con depresión tienen cuatro veces más probabilidades de suicidarse que los que sufren cualquier otro trastorno psicológico.

En las personas de edad avanzada, los síntomas depresivos se caracterizan por no ser de gran intensidad, lo que hace más difícil detectarlos. Además, en muchos casos el episodio depresivo que lo lleva al suicidio puede ser el primero que padece la persona y no suele presentarse con síntomas psicóticos. Todo esto hace relativamente difícil un diagnóstico precoz que nos permita prevenir el intento.

Por lo general, el año siguiente a la aparición de los síntomas es el de mayor riesgo suicida. En general, los síntomas depresivos en las personas mayores son similares a los de la población general adulta, aunque se han encontrado algunas diferencias como un mayor número de quejas somáticas, mayor presencia de síntomas hipocondríacos, menor humor deprimido, desesperanza, insomnio, mayor cronificación, menor frecuencia de sentimientos de culpa, mayor número de quejas de memoria más relacionadas con la depresión que con la falta de memoria en si y una mayor vulnerabilidad a ser criticados.

En el grupo de los esquizofrénicos hay dos tipos de suicidas: los tempranos, que son conscientes y realistas de la incapacitación que supone esta enfermedad y después de la aparición de los síntomas agudos se suicidan, y los tardíos, con un grave deterioro, principalmente en el ámbito social, que suele intentarlo tras alguna situación aversiva como pérdida de familiares, de su casa, etc.

El abuso de alcohol y el alcoholismo sobre todo es un problema de salud grave en la población mayor y uno de los factores de riesgo de suicidio más importante. Se ha encontrado que el 25% de los mayores que intentan suicidarse habían consumido alcohol previo al acto.

Independientemente de ser consumidor compulsivo o no, la persona de edad avanzada que abusa del alcohol suele tener problemas depresivos. Es justamente esta combinación entre alcohol y depresión la responsable de muchos suicidios. Los síntomas depresivos pueden ser la causa de un trastorno depresivo subyacente o también los efectos del consumo de alcohol. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial para realizar un adecuado tratamiento.

Suicidio y enfermedades físicas

Existe una fuerte correlación entre las enfermedades somáticas y el suicidio. La enfermedad física supone un riesgo en la aparición de conductas suicidas tanto por sí misma o por el consumo de fármacos que potencian un estado depresivo y por lo tanto aumentan el riesgo suicida; como por la aparición de los trastornos depresivos en sí, que aparecen sobre todo en enfermedades crónicas, dolorosas o terminales.

En general, las enfermedades que suponen una alteración de la imagen corporal, una restricción funcional, que cursen con dolor crónico, que provoquen un miedo intenso, que presenten cualquier tipo de dependencia y que interfieran notablemente en la visión, movilidad, habla y audición, incrementan la sensación de aislamiento y la soledad en la persona por lo que aumentan el riesgo suicida.

Esto claramente toma mayor importancia en la tercera edad que es la población con mayor número de problemas físicos. No obstante, esta asociación está determinada por otras variables como el sexo. La conducta suicida en enfermos físicos es más frecuente en hombres y aumenta con la edad.

Se ha observado que las enfermedades del sistema nervioso central, las neoplasias malignas y las alteraciones reumatológicas y las gastrointestinales son las que aparecen asociadas con mayor frecuencia.

Entre el 40 – 50% de las personas que sufren Parkinson, padece un trastorno depresivo. Este trastorno afectivo se caracteriza en este tipo de pacientes por una mayor ansiedad y una menor autorecriminación que en las personas con depresión primaria, sobre todo en las que presentan alteraciones en la marcha y bradicinesias. A su vez, algunas medicaciones de Parkinson, pueden facilitar la aparición de síntomas depresivos.

Con respecto a la Demencia, no está clara la influencia de la misma en el comportamiento suicida. Parece existir una posibilidad de suicidio en los primeros estadios de la enfermedad, disminuyendo progresivamente el riesgo a medida que avanza la demencia.

En cuanto a las enfermedades reumatoides, especialmente la Artritis Reumatoide que va acompañada de dolor crónico, si este dolor crónico se asocia a incapacidad grave, progresiva y con deformaciones, se puede llegar a producir una alteración de la imagen corporal que influye directamente en la autoestima y a su vez en la independencia y en consecuencia produce un mayor aislamiento social.

En la población con cáncer, la tasa de suicidios es 20 veces superior al resto de la población, siendo nuevamente los hombres los que tienen más riesgo. Se ha observado que entre 30 y 40 % sufren depresión, con lo cual, la identificación y tratamiento inmediato de la depresión son claves para reducir el suicidio. Hay algunos factores de riesgo suicida concretos con respecto al cáncer como ser tener una enfermedad avanzada, un menor tiempo de diagnóstico, no controlar bien el dolor, sufrir problemas físicos, amputación de algún miembro, pérdida de movilidad, visión u oído, incontinencia urinaria o incapacidad de comer o tragar.

Factores de riesgo para suicidio en ancianos

Como ya se explicó anteriormente, la etiología suicida es multifactorial en este grupo de edad y los principales elementos a considerar están constituidos por factores psicosociales, enfermedades psiquiátricas y enfermedades somáticas crónicas.

Estos factores se potencian por su frecuente interacción en edades avanzadas. El sexo masculino, los antecedentes familiares de suicidio y la existencia de intentos anteriores en el mismo paciente, empeoran el pronóstico.

Hay una serie de factores de riesgo, es decir condiciones de orden personal o circunstancial que pueden dar indicios sobre la posibilidad de que se dé una conducta suicida en un individuo, sin embargo, es muy difícil predecir el suicidio. Para poder hacer un diagnóstico precoz y prevenirlo en los mayores, los clínicos y profesionales de la salud deben conocer y saber evaluar todos estos factores.

Se hace imprescindible considerar que el envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, la reducción del vigor físico, modificación de los placeres sensuales y una. El anciano no siempre aporta síntomas porque teme que le puedan diagnosticar una enfermedad grave o porque asuman sus quejas como parte del proceso de envejecimiento. Entre los problemas físicos que el anciano debe afrontar se encuentran la patología artrítica, que afecta su locomoción, las enfermedades cardiovasculares que limitan el ejercicio físico, las enfermedades neurológicas que bloquean las funciones intelectuales y el cáncer que ocasiona dolor y dependencia.

Alrededor del 80% de los suicidios son efectuados por hombres como se puede ver en las estadísticas. Por cada suicidio femenino se producen tres o cuatro en hombres. Sin embargo, son las mujeres las que presentan mayor riesgo de intentos de suicidio, siendo tres veces superior a la de los hombres (Kaplan, Sadock, Grebb 1994). No hay una teoría que explique esta diferencia, pero hay autores que defienden que en las sociedades industrializadas la jubilación y el deterioro físico son vividos de forma más negativa por el hombre que por la mujer.

La existencia de suicidios de personas cercanas o en el núcleo familiar aumenta el riesgo de suicidio. Este riesgo parece ser el resultado de heredar un trastorno psicológico, especialmente afectivo y sobre todo puede ser producto de un aprendizaje familiar en el que aprenden un modelo determinado: el riesgo de suicidio aumenta por el antecedente familiar de "suicidio positivo", es decir, utilizan el suicidio como una forma adecuada para resolver los problemas.

La muerte de familiares, personas muy cercanas y sobre todo de la pareja, puede funcionar como precipitante de la conducta suicida. Las circunstancias que rodean la muerte de la persona y el tipo de relación que se guarda con ella va a determinar cómo se experimente el proceso de duelo. Si el duelo se complica surgiendo una depresión mayor aumenta el riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio de los pacientes viudos se triplica con respecto a lo de los casados, mientras que en las viudas no se encuentra un aumento significativo. Esto hace que el grupo de ancianos viudos sea un objetivo principal en la prevención, sobre todo en el primer año de viudez.

Estudios como el de Catell y Jolley (1995) demostraron que el 49% de los mayores que se suicidaron vivían solos. Sin embargo, mucha gente mayor vive sola y no se suicida, esto es porque además de vivir solos, son determinantes las condiciones de vida y la protección social que cada paciente tiene.

Ya he dicho que las personas solteras, separadas y viudas se suicidan más que las casadas. Entre las personas casadas existe una mayor incidencia entre las que no tienen hijos, pero como se comentó anteriormente, la variable del estado civil no explica por sí sola el aumento o no del suicidio, sino que está relacionada con otros factores (edad, aislamiento social, sexo, etc.).

Ya en siglo pasado se hablaba de la relación entre suicidio e integración social, a menor integración mayor riesgo de suicidio. Cuando hablamos de falta de integración o aislamiento social nos referimos a la falta de relación con otras personas. Se ha comprobado que la falta de amigos, la poca relación con familiares, una vida en soledad, etc., es frecuente en los sujetos que se suicidan. La gente mayor, son el grupo de edad de mayor riesgo de desvinculación social dada la falta de recursos económicos y sociales y el padecimiento continuado de enfermedades somáticas que les limitan en sus funciones diarias.

El cambio de residencia es un factor de estrés para las personas mayores. Este cambio se produce normalmente para vivir con los familiares, principalmente con los hijos o para ingresar a una residencia. Los miedos y fantasías que se producen antes de cambiar de residencia se han presentado como una variable que puede generar una conducta suicida. Por esto, antes de tomar la decisión de cambiar de casa a una persona mayor hay que valorarlo con calma y sobre todo hacer partícipe de la decisión al interesado, así como prestar especial atención a las modificaciones del comportamiento del anciano antes y después del cambio.

Uno de los indicadores más importantes de riesgo de suicidio es la existencia de ideas y amenazas suicidas. Esto es frecuente en la población joven, pero una diferencia que remarca la gravedad del suicidio en los mayores es que comunican menos su intención y apenas alrededor de un 15% reciben asistencia psiquiátrica.

La existencia de intentos previos aumenta el riesgo de suicidio en el futuro, pero en la población mayor, el suicidio se consigue con mayor frecuencia en un primer

y único intento, lo que hace imposible detectar y prevenir a partir de un intento la conducta suicida. Se cree que las tentativas disminuyen con la edad porque la persona utiliza métodos más letales, es más vulnerable físicamente a las autoagresiones, comunica menos sus intenciones suicidas y sobre todo porque vive el suicidio como una alternativa final frente a las situaciones de pérdida vital. Ven el suicidio como la única solución y no como un llamado de atención como en la población joven.

Las quejas de insomnio, pérdida de peso, anhedonia y especialmente ideas hipocondríacas, son síntomas frecuentes en los mayores suicidas. El riesgo es tres veces mayor en pacientes con depresión y trastornos hipocondríacos comparados con los que solo presentan depresión.

En general, el alcoholismo es el segundo factor de riesgo en importancia para la conducta suicida. El alcoholismo puede facilitar el suicidio o puede convertirse en una forma de conducta suicida crónica. Independientemente de que exista dependencia, el consumo de alcohol incrementa el riesgo del suicidio. Se ha visto en algunos estudios que entre el 20 y el 64% de los suicidas tienen alcohol en sangre. En los mayores, sobre todo en los hombres, el consumo de alcohol se debe a la situación personal: problemas del estado de ánimo, soledad, su estado de salud, dolor y escasez de recursos económicos, todos factores que por sí solos son factores de riesgo suicida.

Al igual que la ideación suicida, las ideas de culpa, de incapacidad personal, merecimiento de la situación de malestar, de retraimiento social son características de la conducta suicida en el anciano.

Los problemas emocionales que padece el anciano incluyen depresión, que es la más común de las enfermedades mentales en la vejez y el mejor predictor de suicidio en el anciano. Se considera que dos tercios de los suicidios de ancianos están asociados a la depresión que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- I. *Depresión que se presenta como un aparente envejecimiento normal:* en este caso el anciano pierde interés por las cosas que usualmente se lo despertaban, disminución de la vitalidad, de la voluntad; tendencia a revivir el pasado, pérdida de peso, trastornos del sueño, algunas quejas por falta de memoria, tiende al aislamiento y permanece la mayor parte del tiempo en su habitación. Suele confundirse con un cuadro propio de la vejez.

- II. *Depresión que se presenta como un envejecimiento anormal:* aparecen diversos grados de desorientación temporoespacial y con respecto a sí mismo y a los demás, confunde a las personas conocidas, es incapaz de reconocer lugares, presenta deterioro de sus habilidades y costumbres, relajación esfinteriana, trastornos de la marcha, trastornos de la conducta como negarse a comer, labilidad afectiva, etc. Suele confundirse con una demencia.
- III. *Depresión que se presenta como una enfermedad física, somática u orgánica:* se quejan de múltiples síntomas físicos, dolores, molestias digestivas, pérdida de la sensación del gusto, falta de apetito y disminución de peso, síntomas cardiovasculares. Suele confundirse con alguna enfermedad física específica.
- IV. *Depresión que se presenta como una enfermedad psiquiátrica no depresiva:* el paciente manifiesta ideas persecutorias que forman parte de la constelación paranoide. Sin embargo, cuando se le pregunta porque le está sucediendo esto, aflora el componente delirante depresivo al responder que eso ocurre porque se lo merece.
- V. *Depresión que se presenta como enfermedad psiquiátrica depresiva:* el anciano manifiesta tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, ideas suicidas persistentes, ideas de minusvalía y autoreproche, pérdida de la autoestima, lentitud psíquica y motora, trastornos del sueño y el apetito, descuido del aseo personal, angustia marcada, etc.

Las señales biológicas de la depresión como el insomnio, pérdida de peso, apetito y energía, pirosis, acidez, digestión lenta, constipación, palpitaciones, dolores en el pecho, mialgias, artralgias y lumbalgias son atribuidas por el anciano a una enfermedad física y si el medico no está familiarizado con esta forma de presentación de los trastornos de humor, puede ocurrir que una depresión no suicida se convierta en una depresión suicida al no imponerse el tratamiento antidepresivo específico.

Otro factor de riesgo importante es el maltrato al que son sometidos muchos ancianos, existiendo una estrecha relación entre la pobre salud física, la conducta suicida y las situaciones de maltrato.

Por definición se considera el maltrato del anciano como "la acción única o repetida o la falta de una respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana."

A modo de resumen, una clasificación de los factores de riesgo suicida en el anciano:

Factores Médicos:

- I. Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes, incapacitantes, demencia, Parkinson, neoplasias, diabetes complicada con retinopatía o neuropatía, insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC.
- II. La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
- III. Tratamientos prodepresivos (digitalicos, propanolol, indometacina, metildopa, etc.)
- IV. Las enfermedades prodepresivas como la arterioesclerosis, las demencias, el carcinoma de cabeza de páncreas, etc.

Factores psiquiátricos

Se incluyen las depresiones de cualquier naturaleza, el abuso de alcohol y de drogas, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran agitación y desconfianza, la confusión mental.

Factores psicológicos

Los ancianos que sufren sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

Factores familiares

- Pérdida de seres queridos por muerte natural o suicidio
- La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital desencadena una depresión que altera el sistema inmunológico, lo que facilita la aparición de enfermedades físicas, principalmente las infecciosas que pueden llegar a ser mortales.
- Migración forzosa del anciano al ser trasladado de un domicilio a otro a conveniencia de los familiares y en detrimento de la comodidad, privacidad y estabilidad del anciano.
- El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación o cuando se realiza en contra de su voluntad puede reactivar situaciones de desamparo previas que pueden precipitar un acto suicida.

Factores socioambientales

- ✓ Jubilación
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Actitud hostil, peyorativas o despreciativas de la sociedad hacia sus ancianos
- ✓ La competencia de las generaciones más jóvenes
- ✓ La pérdida de prestigio

Como se puede entender, existen suficientes condiciones inherentes a la vejez que propician un escenario adecuado para que se manifieste la conducta autodestructiva.

Métodos utilizados en los suicidios de ancianos

En general, los intentos de suicidio de los ancianos son muy serios, tanto en términos médicos como psicológicos, y el "fracaso" de la acción suicida se debe a menudo a circunstancias y factores imprevistos. Los intentos de suicidio de los ancianos pueden por tanto considerarse como "suicidios fallidos": ello significa que, en comparación con los jóvenes, los ancianos están generalmente más decididos a morir.

Los métodos más frecuentemente utilizados por el hombre son las armas de fuego, el ahorcamiento y el salto al vacío. Las mujeres prefieren el envenenamiento o la sobredosis de droga. Un método creciente en los últimos años en las grandes ciudades, para las ancianas, es la precipitación y la utilización de armas de fuego.

Los hombres de todas las edades recurren a métodos más violentos que las mujeres y sus posibilidades de supervivencia suelen ser menores.

En general, en el suicidio consumado, con el aumento de la edad se incrementa la proporción de métodos categóricos y violentos. Esto podría fundamentarse en la mayor presencia de síntomas psicóticos en la depresión con la edad.

En contraposición a esta conducta suicida activa y categórica, el anciano, también con mayor frecuencia que otros grupos de edad, suele presentar "conductas suicidas encubiertas", lentas y silenciosas, consistentes en el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de toda medicación o tratamiento médico. Estas conductas de abandono suelen terminar en la muerte –suicidio pasivo– y dadas las

circunstancias de soledad y aislamiento que las acompañan, pueden influir en cierta infraestimación de las muertes por suicidio en este grupo de edad.

Numerosos estudios han demostrado que el anciano se halla muy poco dispuesto a comunicar sus intenciones suicidas a los demás: ello parece subrayar la importancia del hecho de que, en comparación con los jóvenes, el comportamiento suicida del anciano se halla mucho menos motivado por el deseo de movilizar a los demás y de atraer la atención sobre sí mismo y sobre su situación o, más sencillamente, de pedir indirectamente su ayuda. Además, el sujeto anciano casi siempre intenta el suicidio en condiciones en las que la intervención de los demás es en general imposible o muy improbable.

Prevención del suicidio en ancianos

He mencionado que sólo un 14% de los ancianos que consumaron suicidio habían recibido atención psiquiátrica, mientras cerca de la mitad habían consultado a su médico en las semanas previas a su muerte. Muchos, incluso, se suicidaron mediante la ingestión de los medicamentos que se le habían prescrito.

Teniendo en cuenta la frecuente interacción de los factores de riesgo en estos pacientes, el médico general deberá valorar cuidadosamente el riesgo de suicidio en los sujetos que sufren enfermedades físicas crónicas y prestar especial atención a la aparición de sintomatología depresiva, como así mismo a los efectos colaterales psiquiátricos de los medicamentos indicados.

Una medida fundamental sería la de mejorar la formación de los médicos primarios en lo relativo al diagnóstico de la depresión y la consecuente valoración del riesgo de suicidio en el anciano. Con ello y la posterior derivación de estos pacientes hacia la asistencia psiquiátrica especializada, se lograría disminuir la tasa de suicidio de los ancianos deprimidos.

Debemos enfatizar la importancia de la consideración de los factores psicosociales para una auténtica prevención del suicidio. Aproximadamente la mitad de los ancianos suicidas no están en contacto ni con la asistencia psiquiátrica ni con la asistencia primaria. Muchos de ellos viven en soledad, por lo tanto, la mejora de los sistemas de cobertura médico-social y el cumplimiento efectivo de programas

apropiados para abrir a este grupo la posibilidad de un contacto que les permita solicitar ayuda de la manera más fácil posible, se torna imprescindible.

Estos programas deben encargarse de la identificación precoz de los ancianos en riesgo y proveerles de los servicios adecuados. Ha sido demostrado que la intervención telefónica mediante un doble servicio de ayuda telefónica (posibilidad del anciano de pedir ayuda) y chequeo telefónico (se lo llama 2 o 3 veces por semana para detectar estado y necesidades) influyen notablemente en la disminución de la tasa de suicidios para este grupo de pacientes.

Los programas de visitas domiciliarias en los que el personal entrenado recoge información crucial para la evaluación y tratamiento socio-sanitario del caso, también han demostrado ser medidas preventivas eficaces.

Un método novedoso que ha obtenido resultados altamente satisfactorios en algunos centros de los Estados Unidos es el *Gatekeepers Program*, el cual consigue la colaboración de empresas y organizaciones (bancos, comercios, compañías de servicios públicos, etc.) cuyos empleados están en contacto frecuente con personas de edad avanzada en especial con los que viven solos. Estos empleados han recibido entrenamiento previo para detectar signos y síntomas reveladores de la necesidad de ayuda por parte de los ancianos y son consecuentemente derivados a los servicios especializados.

Toda estrategia de prevención del suicidio, debe tender a la formación de redes de contención que se encuadren en principios de comprensión, participación, solidaridad, cuidado y dignidad. La indiferencia hacia los mismos determina, con demasiada frecuencia, que el anciano se entregue pasivamente a conductas de abandono o se precipite al abismo del suicidio, en forma categórica, sin preludios ni eufemismos.

Una característica de la conducta suicida en el mayor es que la gran mayoría de los casos que se suicidan no reciben tratamiento psiquiátrico. Es decir, que los mayores no comunican sus intenciones de suicidarse, apenas verbalizan sus sentimientos de desesperanza y no buscan ayuda para mejorar su malestar. Evidentemente, esto dificulta muchísimo la posibilidad de prevenirlo.

Aunque el suicidio en las personas mayores puede parecer un acto impulsivo, normalmente está premeditado y planificado. Aun así, es muy difícil prevenir el momento concreto en el que se va a realizar. Los familiares suelen comentar que el sujeto no se mostraba de forma diferente el día del intento, ni tenía comentarios sobre su futuro o estado de ánimo distinto a los habituales. La situación final que lo desencadena puede ser un acontecimiento mínimo visto desde fuera, pero que para el mayor tiene una gran importancia: un comentario de desaprobación, no ser capaz de realizar cualquier tarea, etc.

En realidad, su forma de reaccionar es un indicio de su grado de desesperación. Es decir, un acontecimiento adverso por insignificante que sea, en una persona con claras y continuas ideas suicidas puede actuar como la "última gota que desborda el vaso".

Sin embargo, existen unos indicadores previos a la conducta suicida que pueden ayudarnos a preverla. Los más importantes son los siguientes:

Interés sobre la muerte o el suicidio

Suele aparecer un interés especial sobre estos temas. Posiblemente porque la persona está recogiendo información sobre la forma o método más eficaz para conseguir su objetivo. Por ejemplo, facilidad de conseguir asistencia médica urgente en el caso de que exista un intento, etc.

Hablar sobre el suicidio

El hablar frecuentemente sobre el deseo de morirse o desear matarse da indicaciones sobre un posible intento. Es habitual que diga directamente o indirectamente que quieren morir. Utilizan expresiones como: "ya no puedo más", "No estoy dispuesto a seguir así más tiempo", "Todo es inútil, ya no tengo solución"....

Despedidas extrañas

Las conductas de despedidas de familiares y amigos es una evidente manifestación de un posible intento. (Shneidman, 1993). Las despedidas pueden ser verbales; habla sin venir a cuento como si fuese a irse de viaje: "cuidá mis cosas" "los quiero mucho" "me imagino que no los volveré a ver", "les agradezco lo que han hecho por mí" etc. También pueden llamar por teléfono a antiguos amigos que hace años que no ven o escribir cartas de despedida, notas, etc.

Realización o cambio de testamento

Suelen hacer reparticiones de sus bienes, reorganización de las cuestiones financieras y realización o cambio del testamento. Es como un intento de dejar todo en orden antes de su muerte.

Conductas “sospechosas”

Entre las conductas “sospechosas” o inusuales en el comportamiento diario de la persona antes del intento están: la acumulación de medicamentos, el interés en conocer cuáles son las dosis letales de dichos medicamentos, la reducción del contacto con las personas que le cuidan, los intentos de quedarse solo para comprobar si dispone del tiempo suficiente para poner en práctica su plan, la realización de una salida sin justificar a la farmacia o droguería o visitar al médico sin cita previa.

Posible mejoría o recuperaciones espontáneas

Hacemos referencia a la aparente calma e incluso en muchos casos “euforia” y “alegría” que a veces presentan los suicidas los días anteriores a su muerte. La persona presenta una aparente tranquilidad después de unos días de agitación y nerviosismo. Es habitual que los familiares comenten que el hecho les sorprendió, porque en los días anteriores al suicidio lo veían mejor, más alegre e incluso eso les hizo estar menos pendiente. Esta engañosa tranquilidad se debe a que el individuo ya ha tomado una drástica solución. Normalmente las personas con riesgo de cometer suicidio antes de realizarlo presentan una importante incertidumbre entre matarse o no, esta duda les genera un notable estado de ansiedad, por lo que se le ve nerviosos e inquietos. Este estado de nerviosismo desaparece cuando ya han tomado la decisión.

Para prevenir el suicidio en los mayores es necesario poner en práctica medidas que prevengan la depresión. Medidas que deberían controlar los factores de riesgo o situaciones estresantes características de esta época de la vida, como son los:

- **Factores relacionados con la salud.** La detección precoz y tratamiento adecuado de las enfermedades médicas podría disminuir la depresión asociada a las enfermedades.
- **Factores relacionados con aspectos sociales.** La realización de programas de apoyo, con actividades gratificantes como viajes, juegos, visitas culturales, pertenencia a una asociación, realizar deporte etc. facilitan el desarrollo de las relaciones sociales y el incremento de las actividades placenteras lo que permite prevenir del trastorno depresivo. En este sentido, los programas de

ayuda a domicilio, también permite reducir la aparición de la sintomatología depresiva, ya que por un lado da una mayor independencia al mayor (puede seguir viviendo en su casa a pesar de sus limitaciones) al ser ayudados a realizar las tareas domésticas y autocuidado y a la vez supone una disminución de la soledad y un contacto social.

- **Factores relacionados con la preparación profesional.** La formación de los profesionales para que realicen programas de mejora en la calidad de vida (programas de entrenamiento en memoria, preparación para la jubilación, programas de actividades de la vida diaria, etc.) y para que sean capaces de detectar inicios de los problemas psicológicos, especialmente el depresivo, evitaría la complicación y cronificación de este tipo de trastornos.
- **Aspectos relacionados con factores personales.** Hace referencia a las características individuales de los mayores que le hacen más vulnerables la aparición de un problema depresivo. Por ejemplo, la existencia de episodios previos de depresión generados principalmente por un estilo cognitivo negativo de la persona mayor. Esta forma de interpretar y ver la vida puede ser detectada e intentar modificarla a través de las técnicas cognitivas-conductuales. Para ello se necesitan especialistas que sepan realizarlo.

Resumiendo, una intervención idónea de las enfermedades físicas, una adecuación del nuevo rol social y laboral de la persona mayor que le haga sentir útil y con reconocimiento social, una buena implantación de redes sociales que le permitan superar la pérdida de los seres queridos y un tratamiento adecuado del alcoholismo, depresión, etc. por psicólogos especialistas, son los mejores métodos preventivos de la conducta suicida en el mayor.

Los factores protectores del comportamiento suicida en el anciano son aquellos que reducen el riesgo de realización de un acto suicidio en este grupo poblacional. Estos factores pueden ser comunes a cualquier etapa de la vida o bien ser propios de una determinada. Entre los factores protectores del suicidio en la vejez se encuentran los siguientes:

- 1- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse de forma positiva a los grupos propios de la tercera edad existentes en la comunidad (religiosos, voluntariado, fraternales, políticos, sindicales, etc.)
- 2- Poseer confianza en sí mismo.
- 3- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar solamente aquellas empresas en las que los resultados favorables sean los esperados.
- 4- Tener capacidad de autocontrol.
- 5- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- 6- Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- 7- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- 8- Poseer inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- 9- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a otros familiares, un buen amigo, el médico, o el sacerdote.
- 10- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- 11- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento y tratar de incorporarlas a sus actitudes de afrontamiento.
- 12- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio si fuera necesario.
- 13- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.

- 14- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de trabajo si aún mantiene vínculo laboral, con amigos y otras figuras significativas que puedan servir de red de apoyo si les necesitara.
- 15- Tener apoyo de los familiares y sentir que se lo quiere, se le acepta y apoya.
- 16- Poseer una auténtica identidad cultural.
- 17- Tener habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- 18- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- 19- Desarrollar una variedad de intereses que le permitan mantener una rutina cotidiana.
- 20- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas.
- 21.- No ser portador de una enfermedad mental con factor de riesgo suicida, principalmente del espectro depresivo y poseer una salud física aceptable.
- 22.- Mantener relaciones armónicas con las generaciones más jóvenes.
- 23.- Pertenecer a una sociedad con actitudes de respeto y veneración a los ancianos. A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc.

Son también factores protectores del suicidio en la vejez el apoyo que reciban de las diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que garanticen la atención a la salud, a la seguridad social, a los alimentos mínimos necesarios, la vivienda, el transporte y la satisfacción de los requerimientos esenciales para mantener una vida digna.

Guía práctica para evaluar el riesgo suicida en la vejez:

Actitud poco cooperadora del anciano en la entrevista	2 puntos
---	----------

Padecer una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados	2 puntos
Padecer enfermedad mental	3 puntos
Tener antecedentes personales de intentos suicidas	3 puntos
Antecedentes familiares de conducta suicida	1 punto
El anciano vive solo	2 puntos
Expresar deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros	4 puntos
Manifestar ideas o plan suicida	5 puntos
Cambios en la conducta en forma de aislamiento o agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución	3 puntos
Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil, que es perder el tiempo, a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista	5 puntos

Si la suma de la puntuación es mayor a 9, el anciano debe ser examinado por el personal especializado.

5. ESTADISTICAS DE ARGENTINA EN EL PERIODO DE 2003 A 2013

Sobre un promedio de 236.350 de defunciones anuales en la población mayor de 60 años en el período de 2003 a 2013, el promedio anual de suicidios fue de un 0.28%, tratándose el 83% de hombres y el 17% de mujeres. A modo comparativo, en el mismo período, se observa en la población de 20 a 30 años, una tasa de suicidio del 12% y con similar distribución entre sexos (84% hombres y 16% mujeres).

CONCLUSION:

	> 60 años	20-30 años
% de suicidios	0,28	12
% de suicidios masculinos	83	84
% de suicidios femeninos	17	16

Los mecanismos de lesiones con intención suicida son variados, pero los tres que prevalecen a lo largo de todo el período y en todas las edades son en primer lugar sofocación – ahorcamiento, en segundo lugar utilización de armas de fuego y en tercer lugar envenenamiento.

Ver Gráficos anuales en Anexo.

6. Conclusiones

Sobre un promedio de 236.350 de defunciones anuales en la población mayor de 60 años en el período de 2003 a 2013 en Argentina, el promedio anual de suicidios fue de un 0.28%, tratándose el 83% de hombres y el 17% de mujeres. A modo comparativo, en el mismo período, se observa en la población de 20 a 30 años, una tasa de suicidio del 12% y con similar distribución entre sexos (84% hombres y 16% mujeres).

Si bien es un porcentaje total bajo, no deja de ser alarmante que a medida que la población añosa va aumentando con los años, también lo hacen las enfermedades tanto somáticas y psicológicas, dejando más vulnerable a este grupo poblacional a cometer suicidio.

Al ser los porcentajes mucho más altos en poblaciones jóvenes y los años potenciales de vida perdidos mayores, se tiende a desestimar este problema en la tercera edad. Más si tenemos en cuenta que las estadísticas son engañosas debido a que no consideran todos aquellos ancianos que realizan suicidio pasivo (se dejan morir). Si hubiera una manera de incluirlos en la estadística, ésta tendría un porcentaje más alto.

Al darle la oportunidad a la población de superar tranquilamente la octava década de vida gracias a los avances médicos, se debería proporcionar una red de soporte para llevar esos últimos años de vida con la contención y el cuidado adecuado.

Para prevenir el suicidio en el anciano, la intervención no debe ser solo clínica, sino que debe incluirse dentro de una política sanitaria y social que mejore la calidad de vida de estas personas.

Si tenemos en cuenta que el suicidio en la vejez es provocado generalmente por un trastorno depresivo y perfectamente tratable, una medida para prevenir este grave problema sería entrenar a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos generales, a detectar y diagnosticar este problema psicológico, para así enviar a los pacientes al profesional de salud mental y tratar la depresión. Más aún, cuando se ha demostrado que un porcentaje altísimo de los mayores que se suicidan visitan a su médico semanas o días antes de realizar el intento.

Por otro lado, una mejora de la asistencia social y médica (ayuda a domicilio, ayuda telefónica, chequeo telefónico) a este grupo de población, donde como hemos visto en muchos casos viven solos, y por tanto no comunican sus problemas psicológicos, puede permitir un mayor contacto y acercamiento para solicitar ayuda y prevenir así la conducta suicida.

Un ejemplo de red social que ayuda a prevenir el suicidio en la tercera edad y a propiciar todos los cambios que ayudan a evitar el decaimiento del anciano y el tratamiento temprano de las patologías que pueda tener, además de darle una red de contención y de entretenimiento a la vez es el Programa Municipal para la Tercera Edad denominado "Juventud Prolongada" que realiza el Municipio de San Isidro.

"A cargo de la Dirección de la Tercera Edad, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la comuna, están dirigidos a los vecinos sanisidrenses mayores de 60 años, ofreciéndole mejorar su calidad de vida mediante la realización de actividades que se llevan a cabo en diferentes lugares.

*En total son **96** los centros de jubilados que se suman a esta propuesta y concentran sus actividades en el Centro Recreativo para la Tercera Edad "Puerto Libre" [Sebastián Elcano 2340, Martínez] la sede central de 5 hectáreas que está junto al río, y que cuenta con un natatorio diseñado apropiadamente para los mayores, comedores, quinchos y mucho espacio verde.*

En Puerto Libre las actividades se desarrollan durante todo el año. Los participantes del programa disfrutan de clases de gimnasia, tejo, newcombol, bochas, natación, tango, teatro, folklore, taller de arte, taller instrumental, taller de la memoria, yoga, computación, caminatas y juegos creativos.

Las instalaciones del predio cuentan con dos salones de usos múltiples, un quincho climatizado, salón para diferentes talleres, sala de video, playón polideportivo, biblioteca, mesas y sillas en el parque y guardarropa.

Un plantel médico permanente permite tener una historia clínica de cada socio, el cual debe realizar periódicamente chequeos obligatorios para tener acceso a las actividades físicas. Esto permite implementar un eficaz programa preventivo y educar en la importancia de la revisión periódica de la salud.

El Programa cuenta con un servicio gratuito de traslado en micro hacia Puerto Libre desde los centros de jubilados distribuidos en todo el partido, y los sábados y domingos desde la Estación Martínez. En ambos casos se realiza el regreso por la tarde. Además, en invierno, se realizan traslados desde Puerto Libre y los centros de jubilados a los natatorios climatizados del municipio.

Por otra parte, un Centro de Recuperación complementa la propuesta deportiva y recreativa, y a él acuden todos los que, por indicación médica, necesitan realizar ejercicios de recuperación y gimnasia."

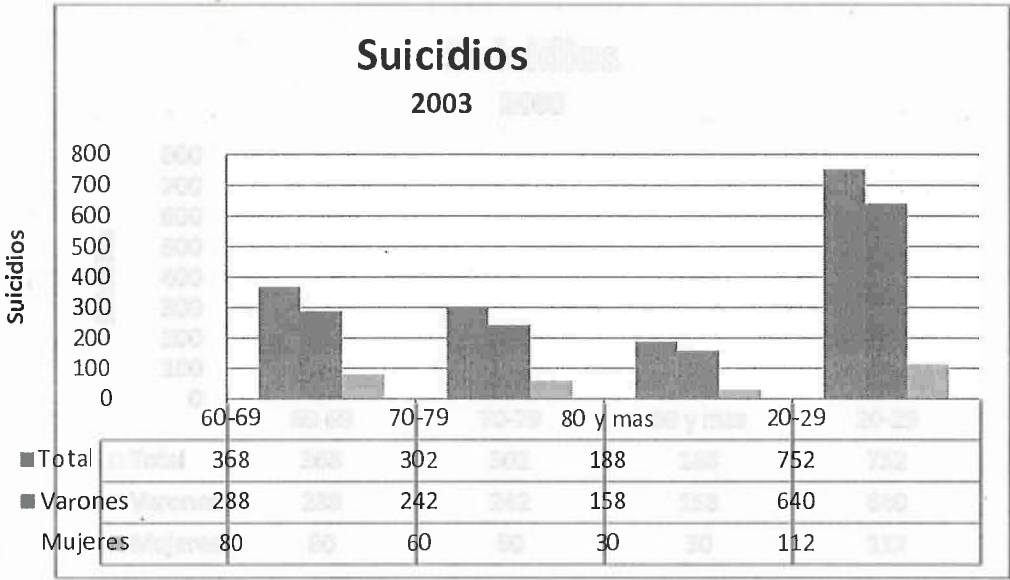
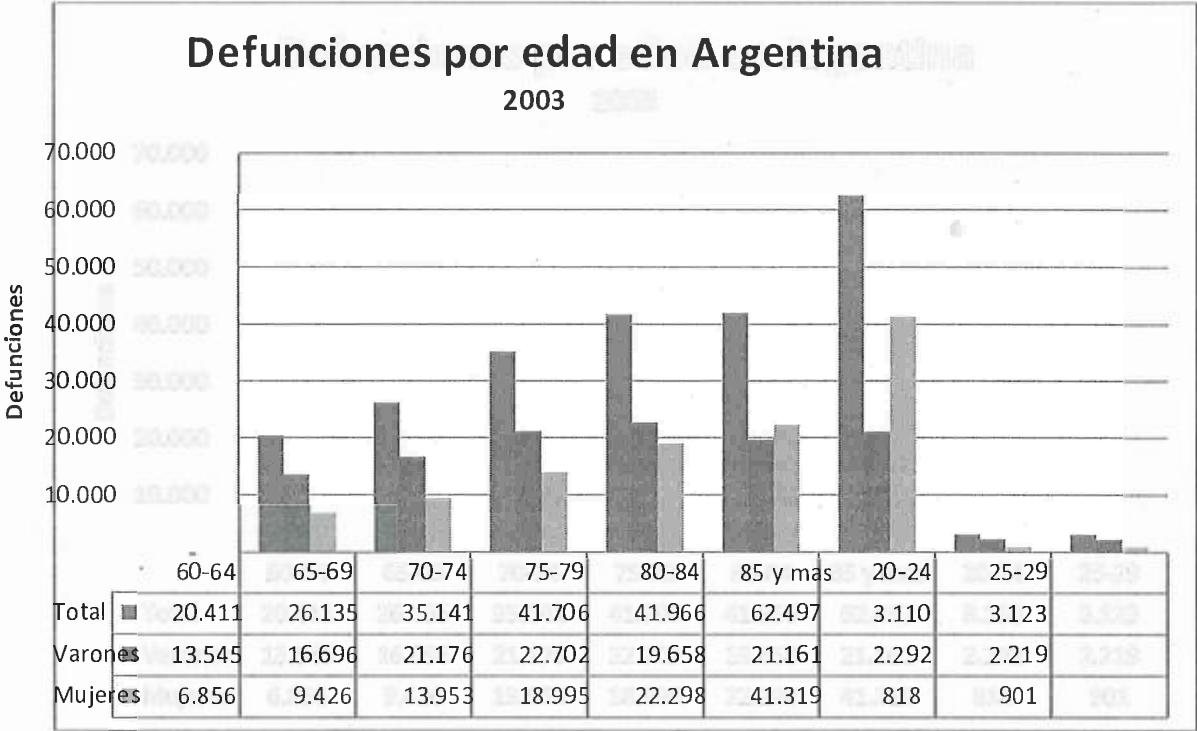
<http://sanisidro.gob.ar/direccion-de-tercera-edad/>/#. VeyPXpdYNtU

Se trata solo de darles el lugar que se merecen después de haber trabajado y cuidado a su descendencia por décadas. Se llega a la tercera edad cansado de obligaciones, pero no por eso sin ganas de vivir. Las redes sociales, sistemas y políticas de salud deberían adecuarse a no solo otorgar un centro de jubilados aislado con algunas actividades y ofrecer un médico de cabecera que en la mayoría de los casos ni conoce a sus pacientes y solo expide recetas. Deberían armarse sistemas de contención como el ejemplo del Programa de Juventud Prolongada de San Isidro, pero en cada municipio de provincia y en cada comuna de la capital federal.

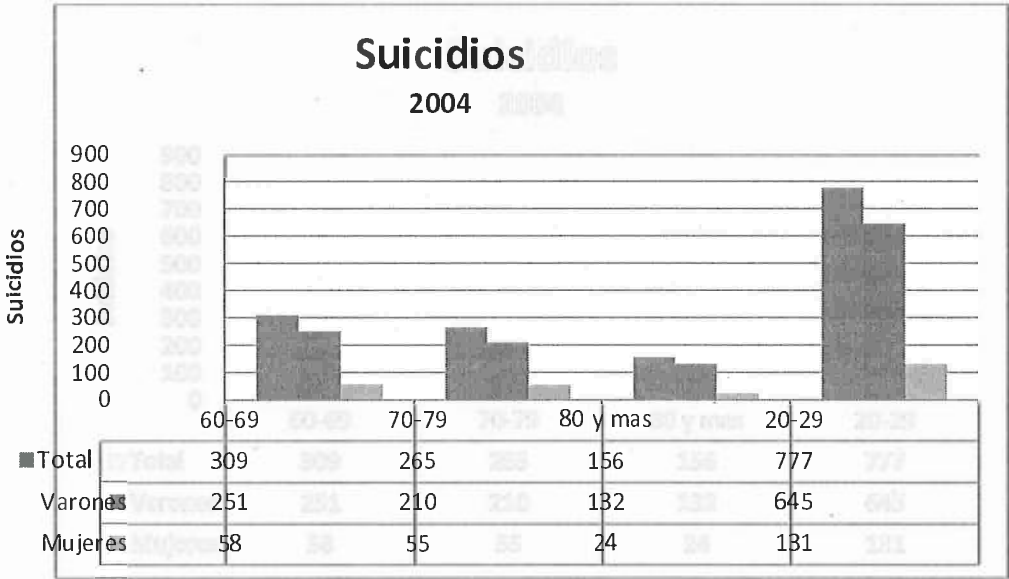
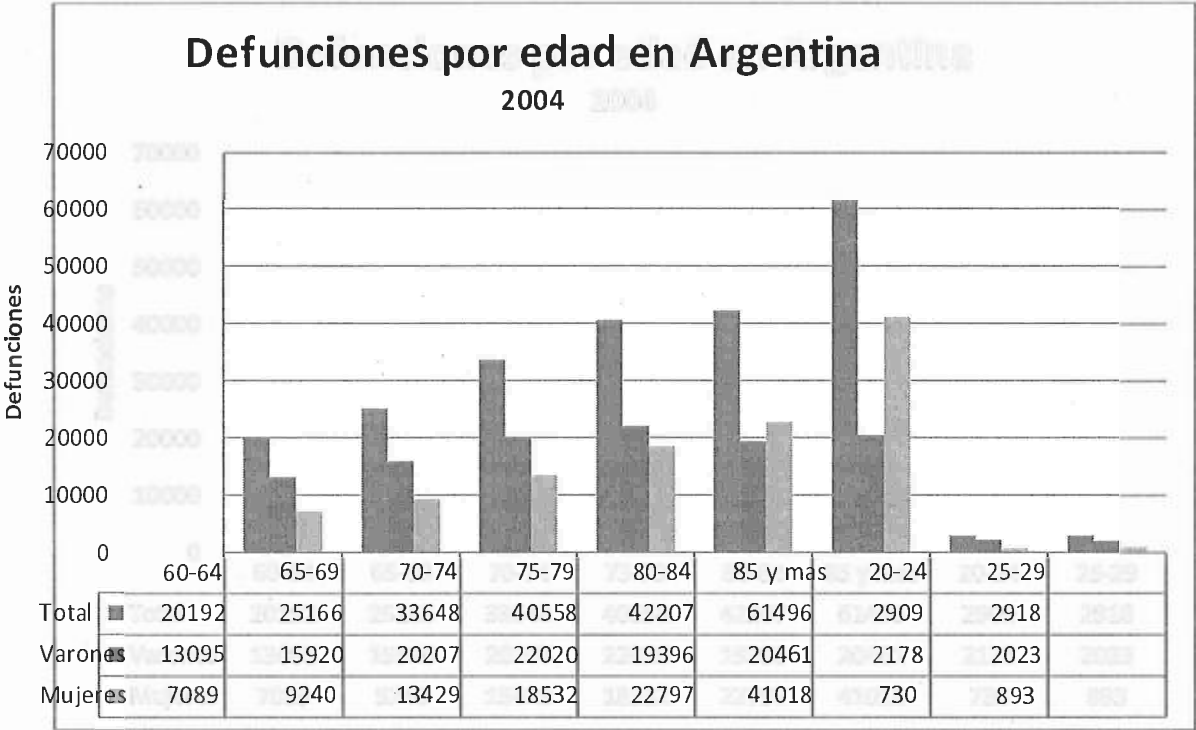
Si los ancianos pudieran tener libre acceso a una mejor calidad de vida, la mortalidad estaría determinada por causas lógicas y esperables en este grupo etario y no por suicidio.

ANEXO

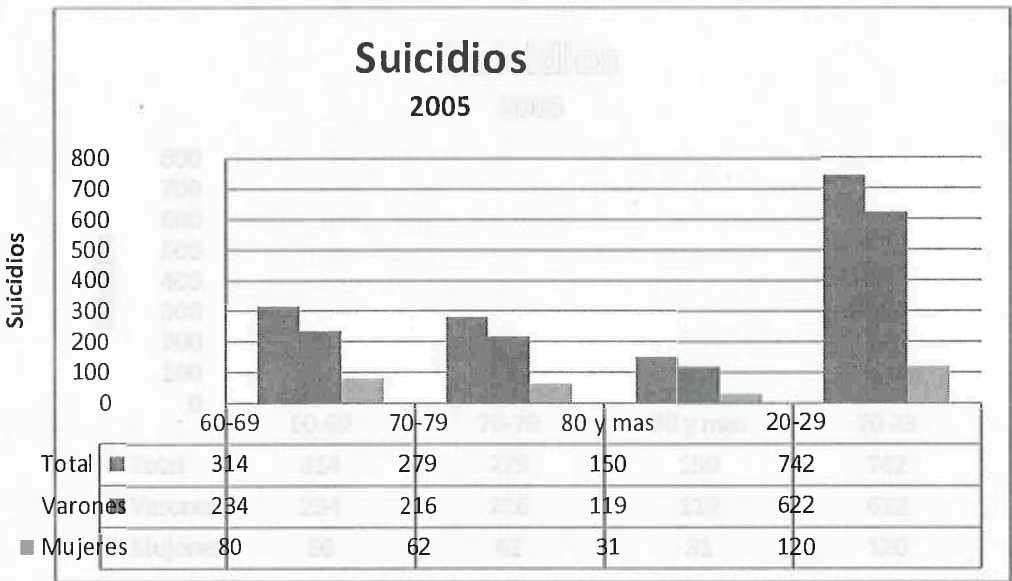
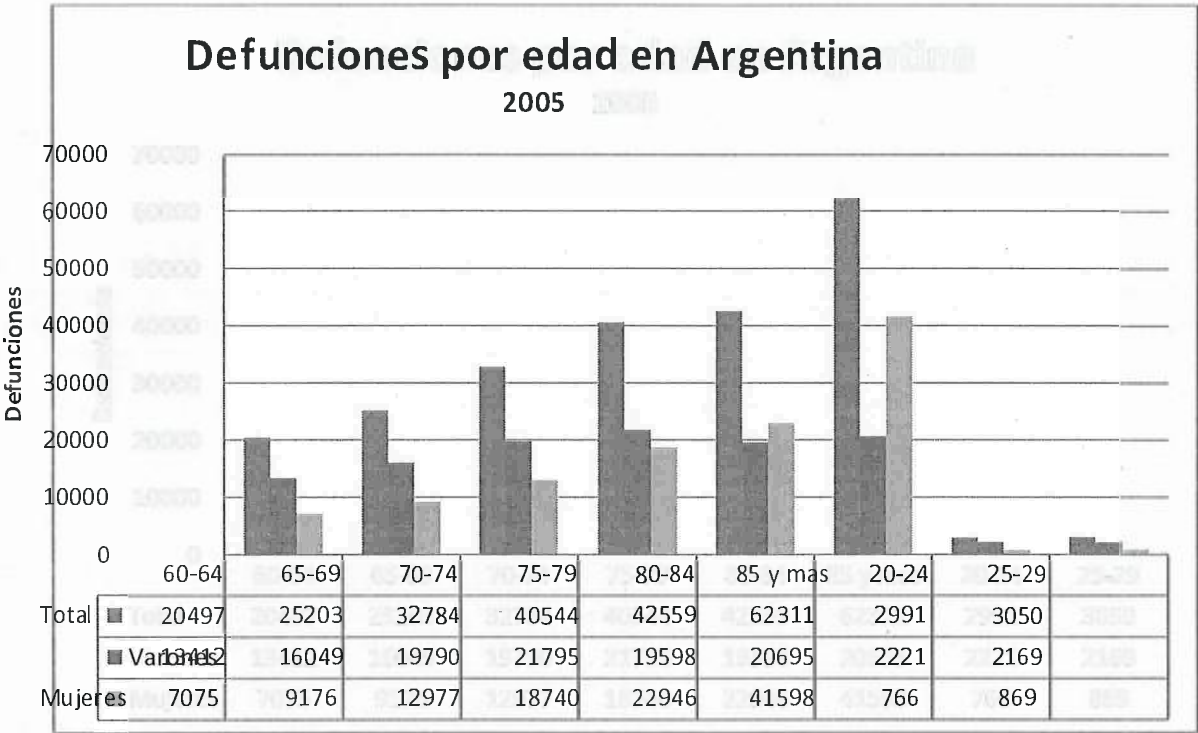
GRAFICOS AÑO 2003



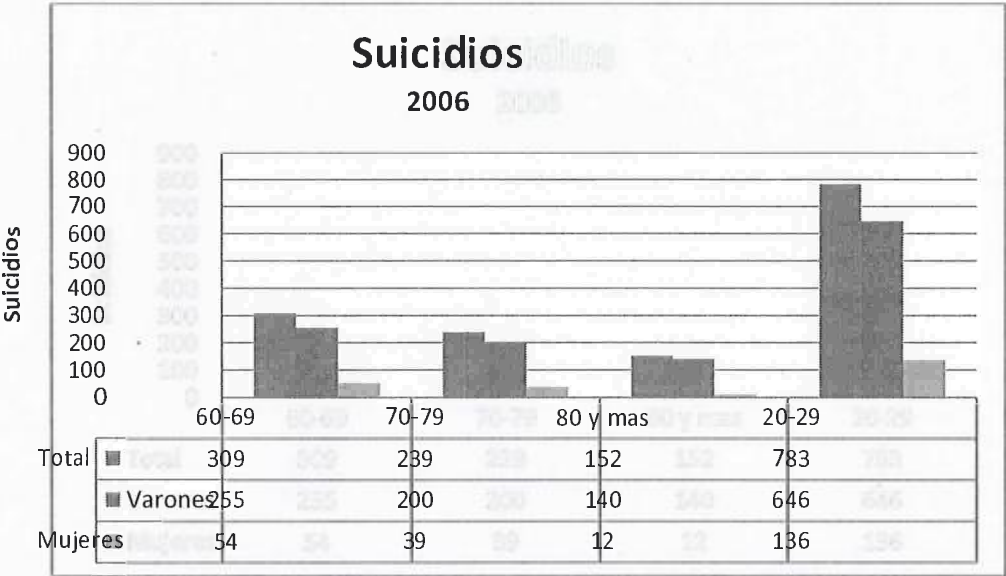
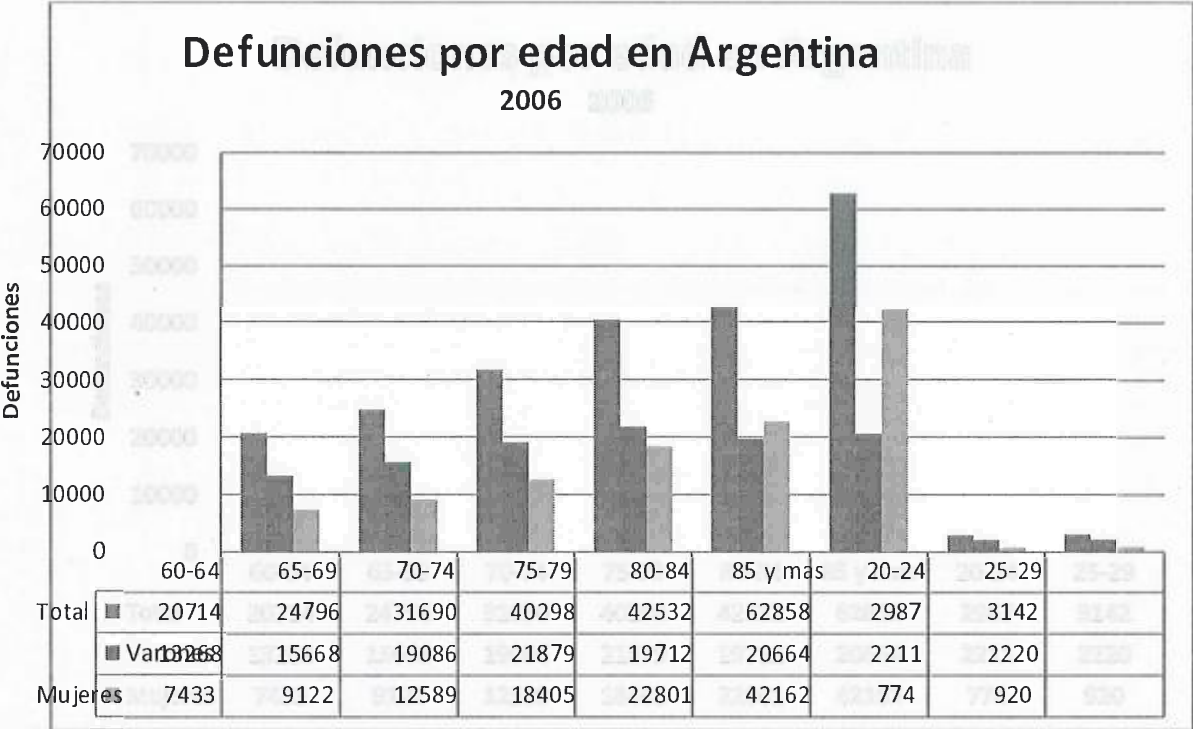
GRAFICOS AÑO 2004



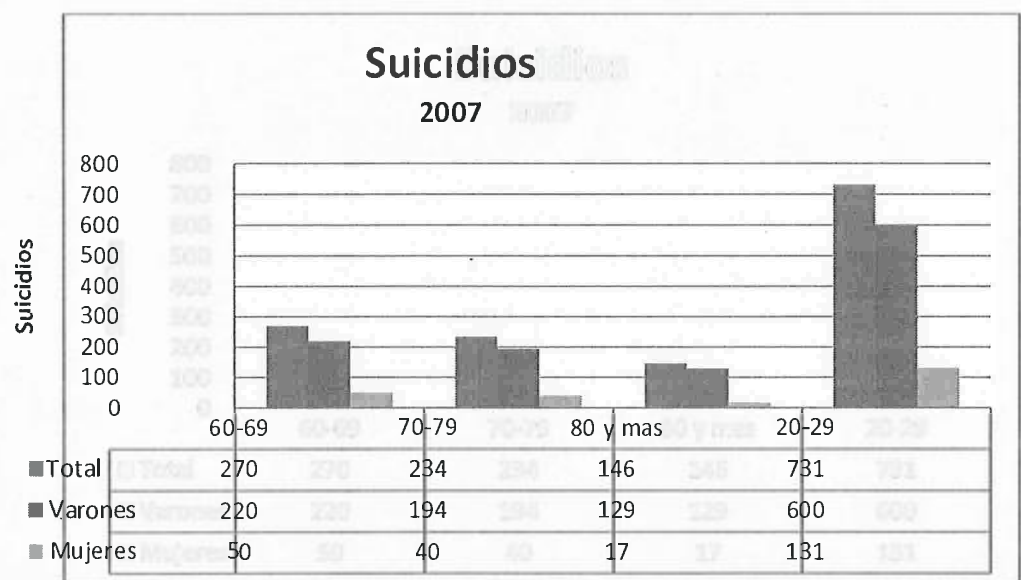
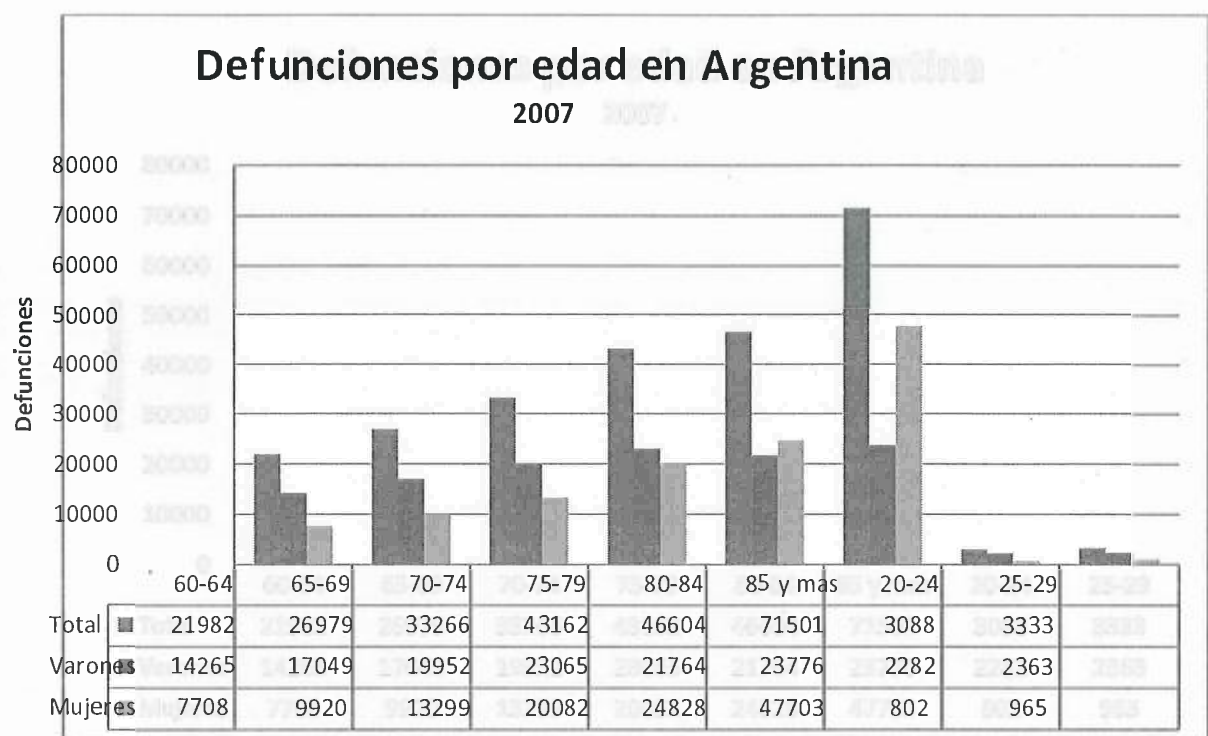
GRAFICOS AÑO 2005



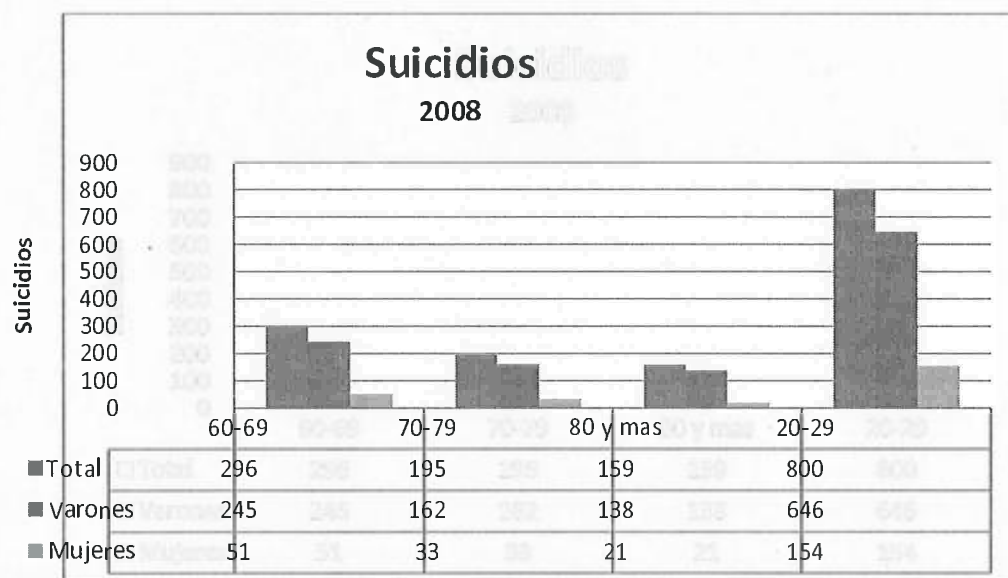
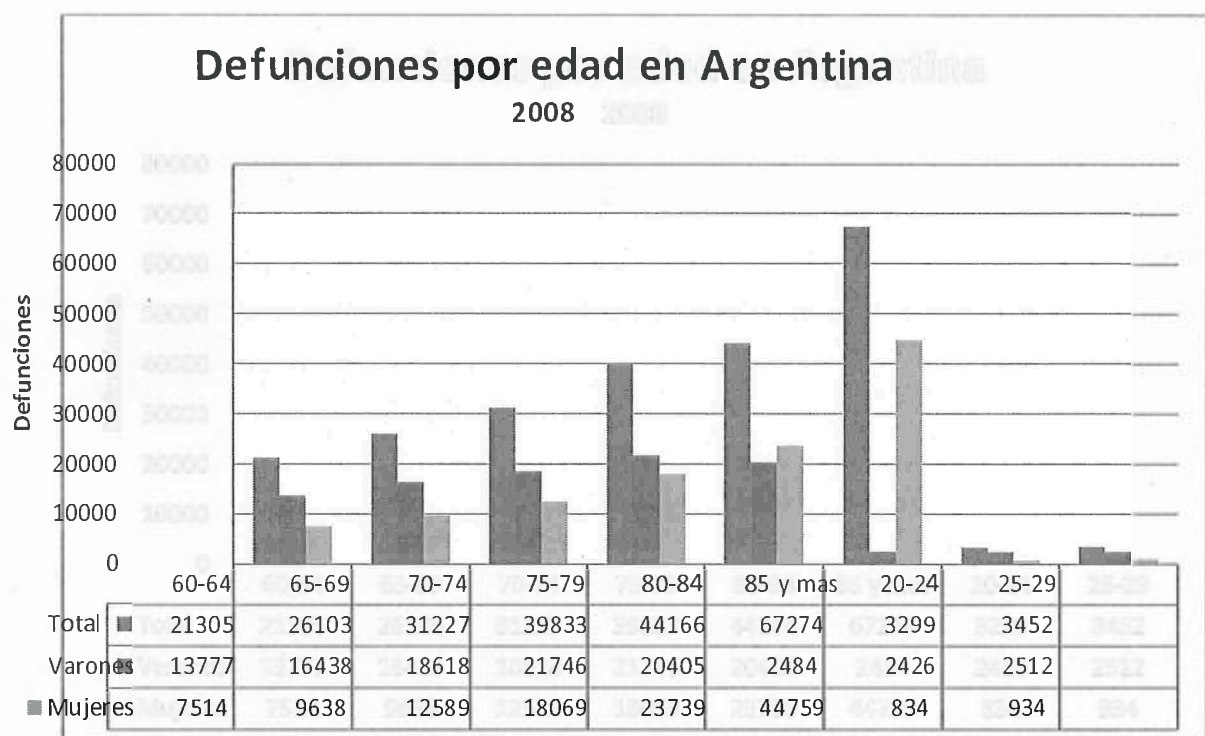
GRAFICOS AÑO 2006



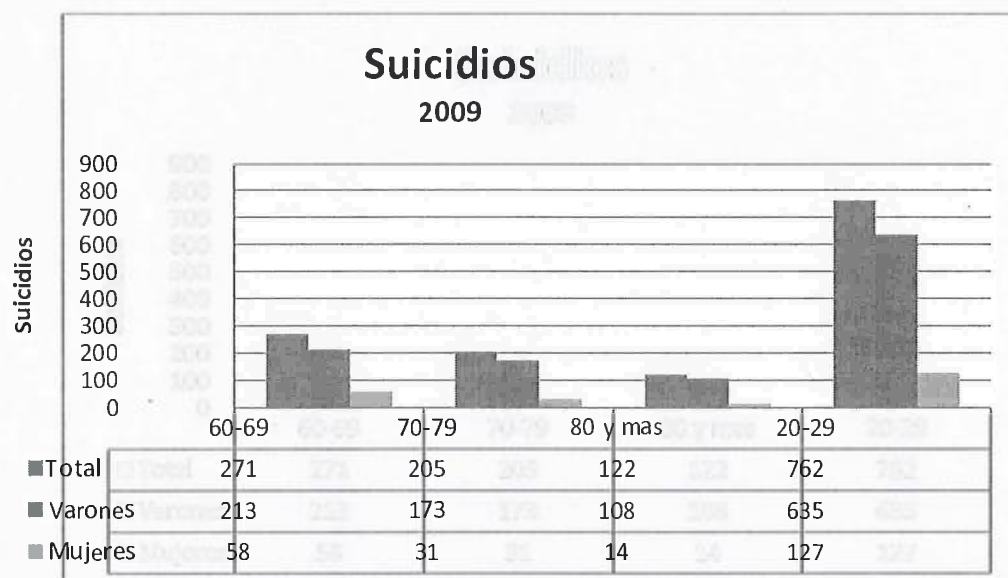
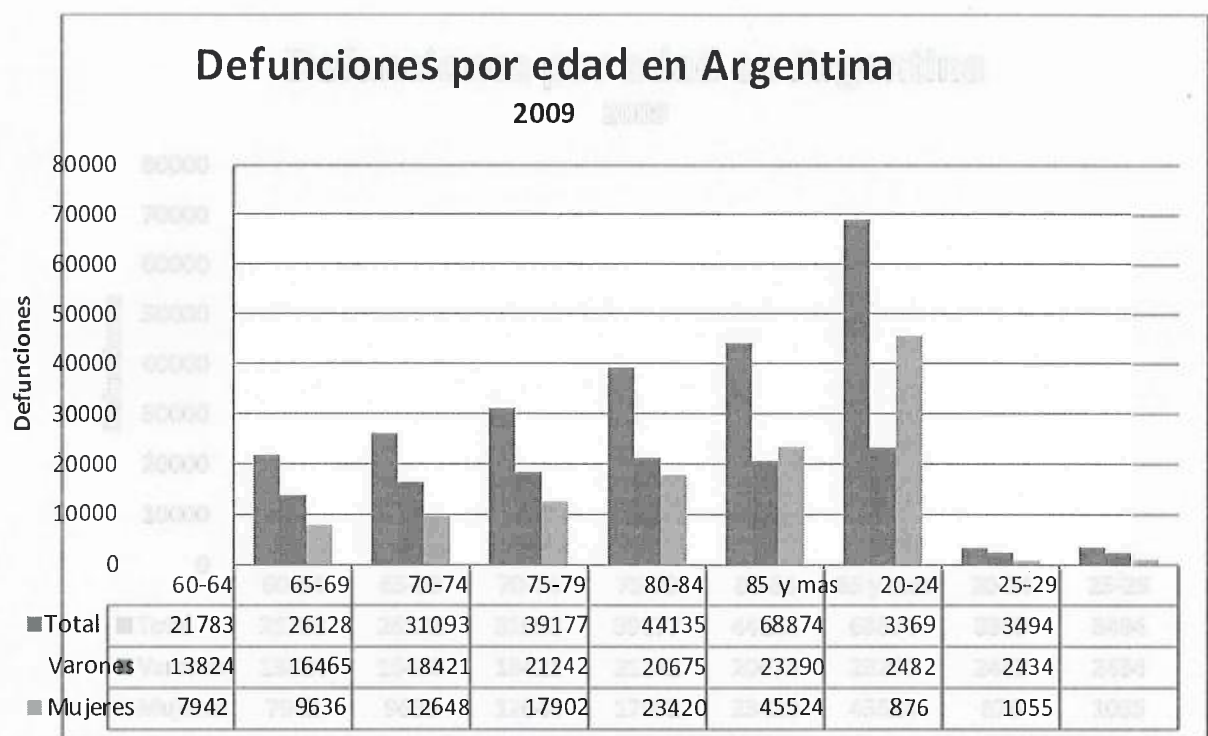
GRAFICOS AÑO 2007



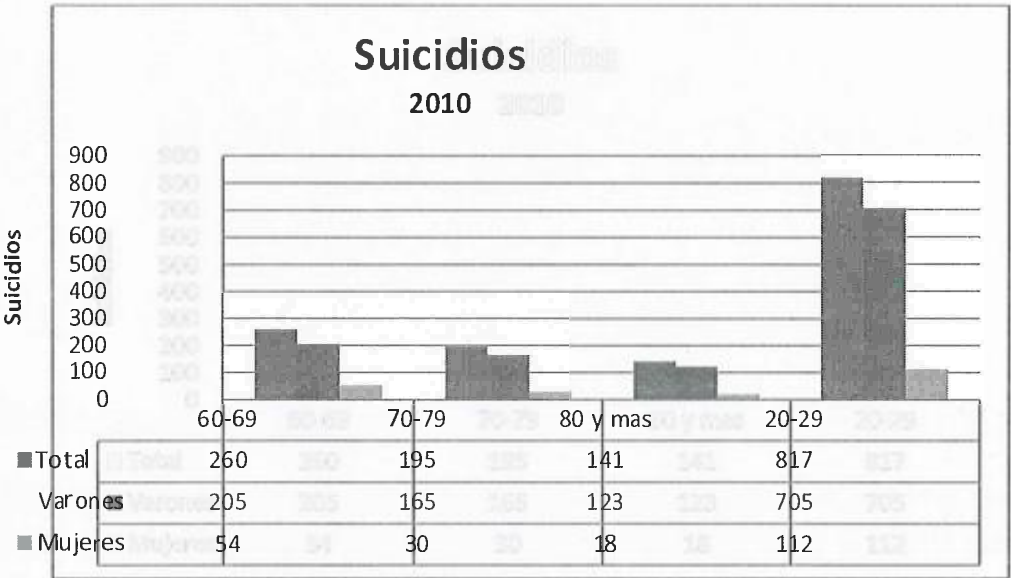
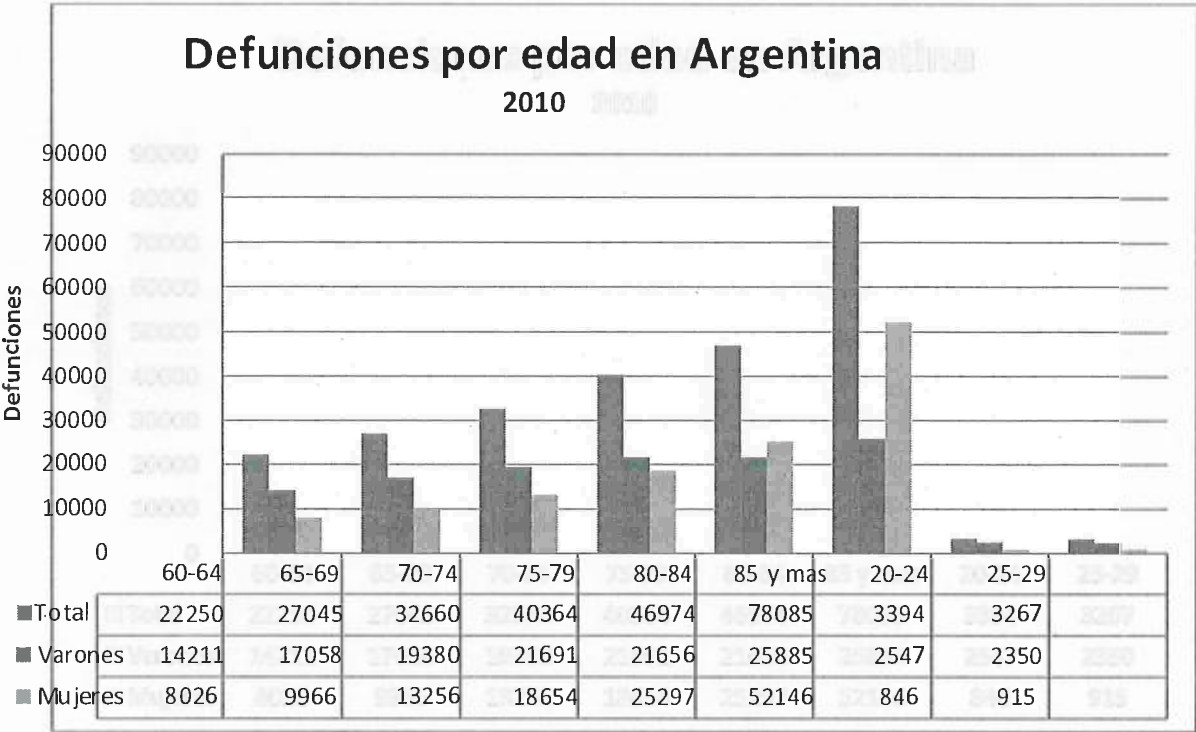
GRAFICOS AÑO 2008



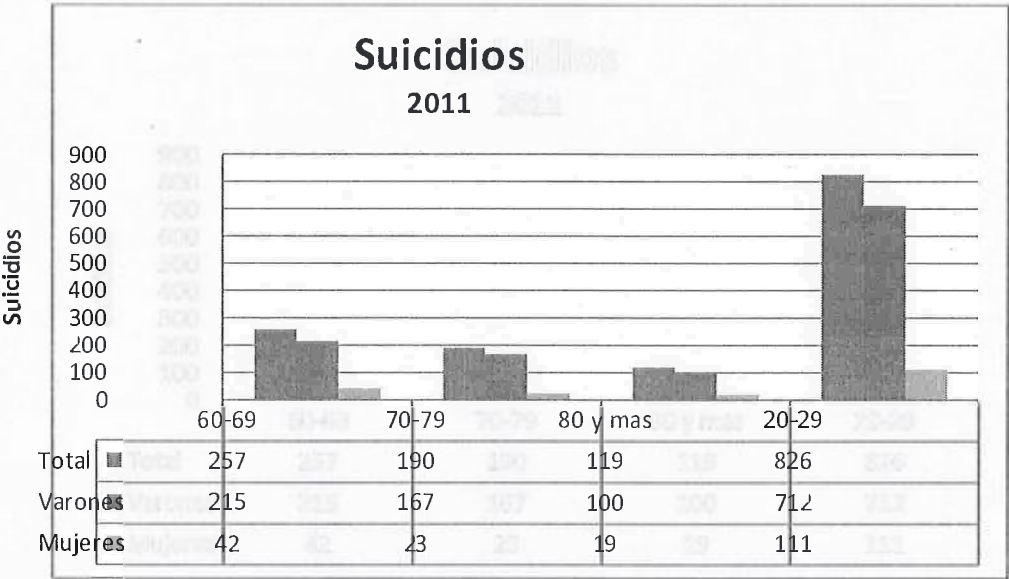
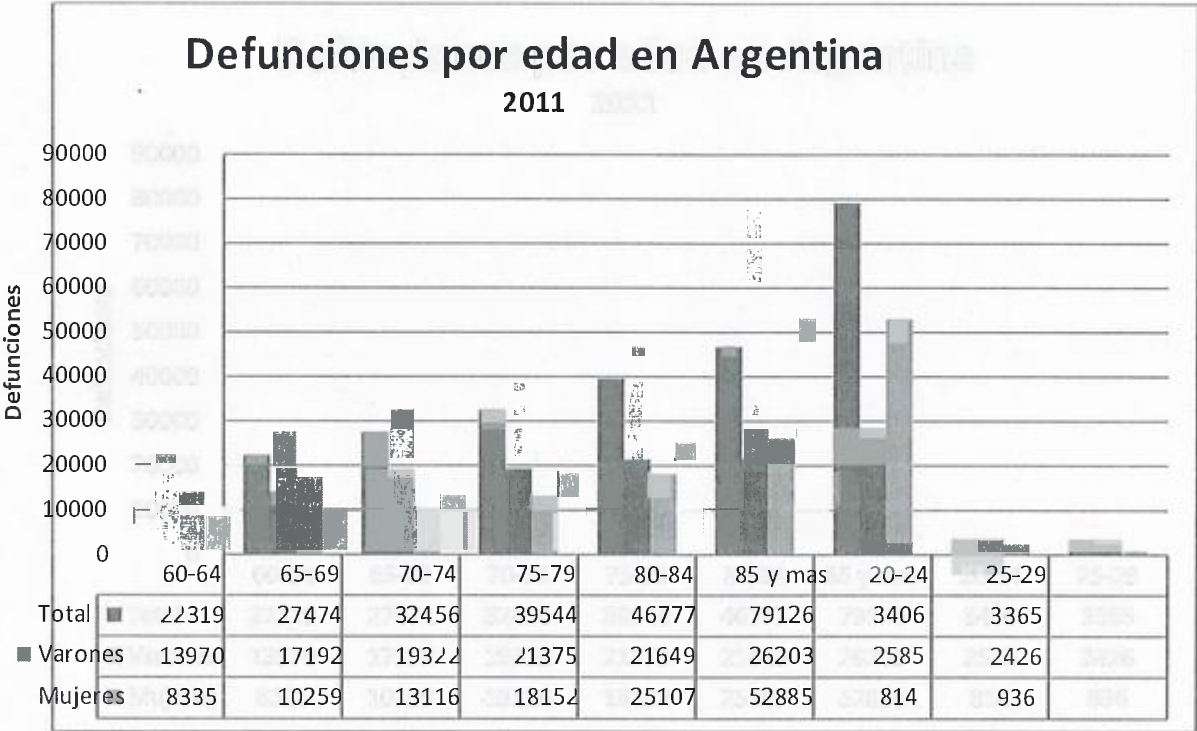
GRAFICOS AÑO 2009



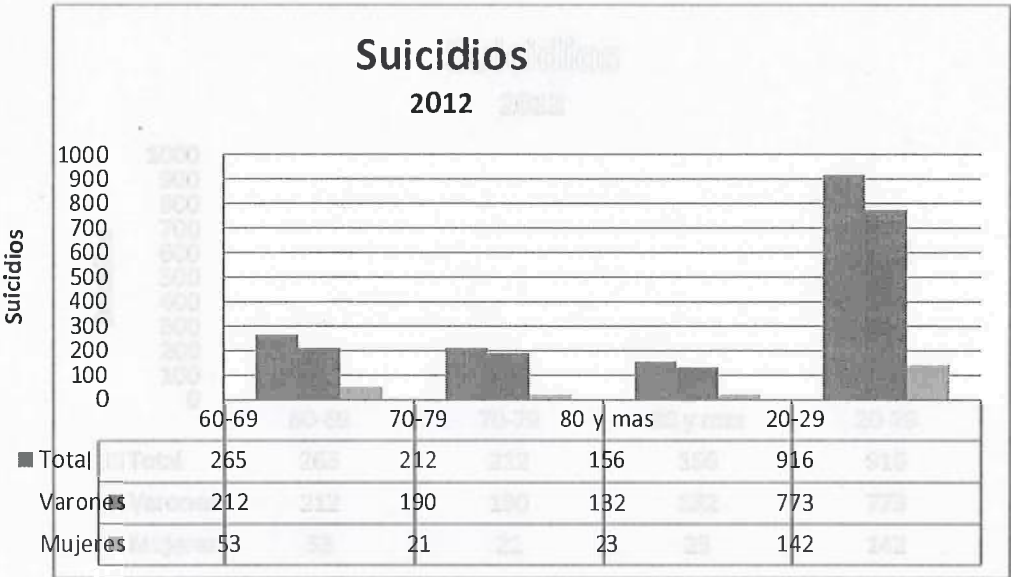
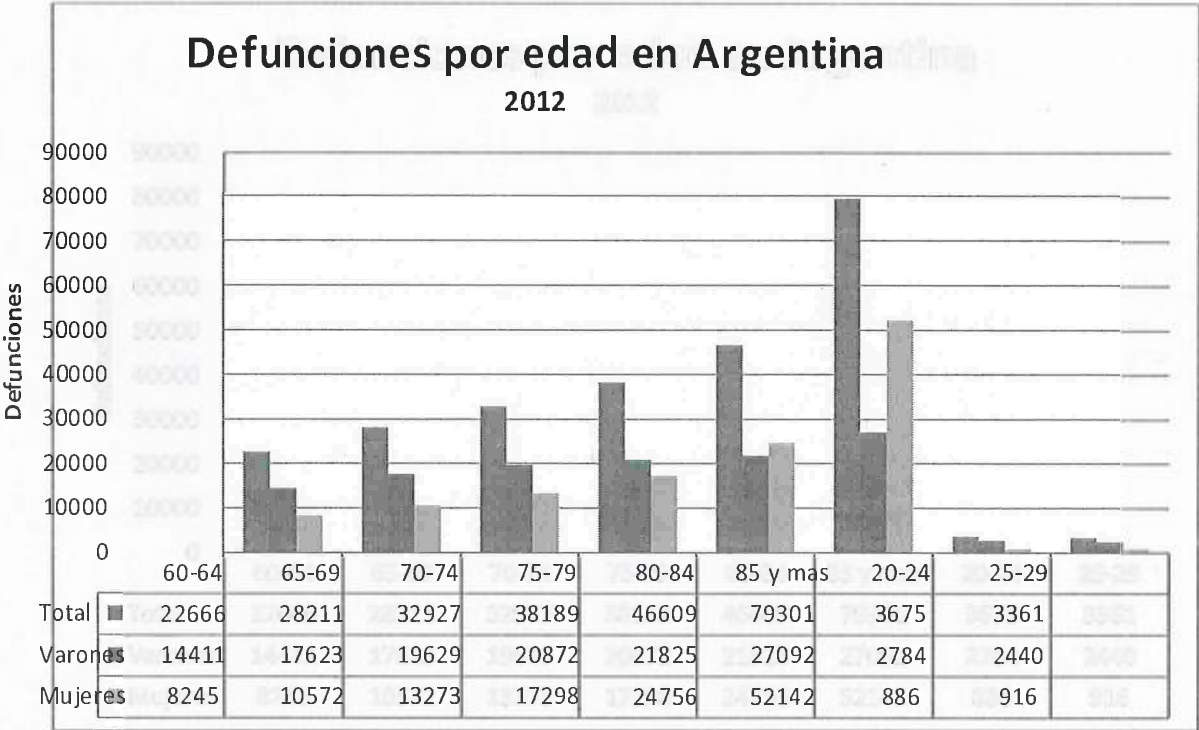
GRAFICOS AÑO 2010



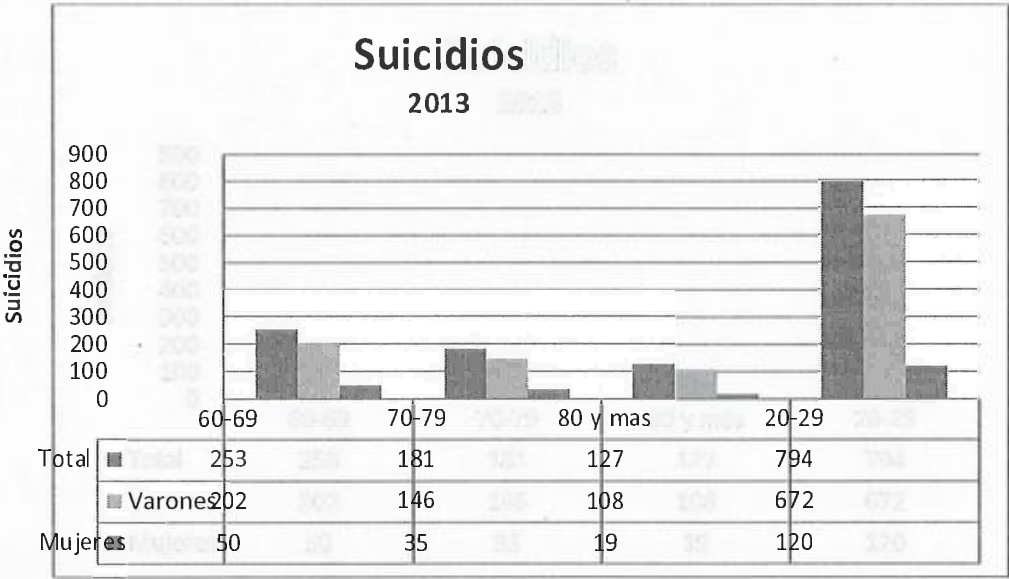
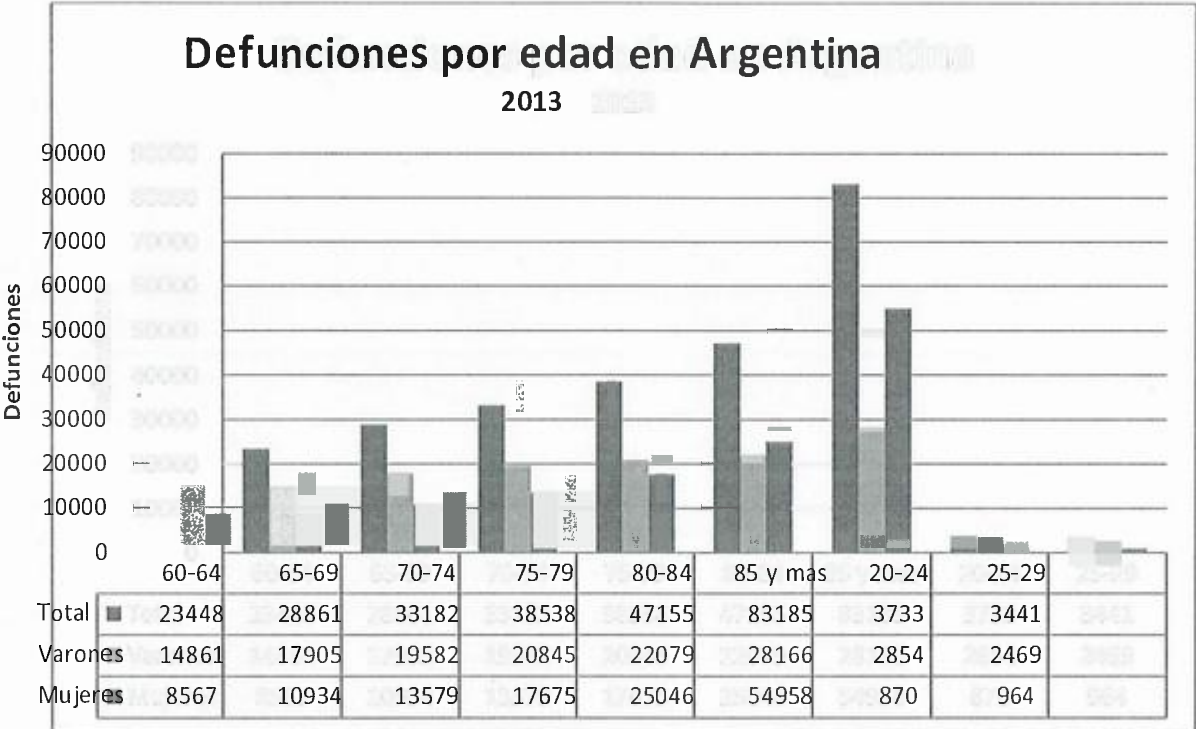
GRAFICOS AÑO 2011



GRAFICOS AÑO 2012



GRAFICOS AÑO 2013



Bibliografía

- Yeates Conwell, Kimberly Van Orden y Eric D. Caine, Suicidio en ancianos, Revista de psiquiatría biológica, 2012, 19(4):127-136
- Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero, Factores protectores del comportamiento suicida en el anciano, Revista electrónica de Geriátría y Gerontología, 2004
- Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero, Factores de riesgo suicida en el anciano, Revista electrónica de Geriátría y Gerontología, 2004, vol. 6, nro. 1
- El suicidio en el anciano, <http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/suicidio.html>
- Carrasco Isabel, Conducta suicida en las personas mayores, <http://www.cinteco.com/profesionales/2008/11/12/conducta-suicidada-en-la-personas-mayores/>
- Vidal Daniel Alberto, Factores de riesgo suicida en el anciano, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 8, Nº 2, octubre de 1999, págs. 103 a 112.
- Tejedor Azpeitia, Aspectos clínicos del suicidio en el anciano deprimido, Informaciones psiquiátricas, Primer trimestre 2002, Nro. 167
- Diana Milena Berrío Cuartas, Laura Cecilia, Oscar Maximiliano Cesoni, Duelo por suicidio en la vejez: el anciano ante el suicidio, <http://clepios.com.ar>
- Stagnaro, J.C. (2003). La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención. Una revisión bibliográfica. Vertex Revista. Argentina de Psiquiatría 14(52), 146-152
- Dabi, E., Matusevich, D. y Finkelsztejn, C. (2003). Trastorno Depresivo Mayor en pacientes mayores de 60 años que realizan tentativas de suicidio. Vertex Revista. Argentina de Psiquiatría. 14 (52), 124-127
- De Leon Palomo Omar Alejandro, El suicidio: una conducta antisocial que prevalece, Archivos de criminología, criminalística y seguridad privada, 2012
- -Revista Española de Geriátría y gerontología, vol. 23-30 "Etiopatogenia e incidencia de suicidio entre los ancianos" 1988 (De Las Heras F. Y Dueñas M.)
- Martinez Glatli Hernan, Evaluación del riesgo de suicidio, Hojas clínicas de salud mental, 5
- Fleitas Ortiz de Rosas Diego, Homicidios y suicidios en Argentina, Alcances y evolución de 1997 al 2012, Asociación para políticas públicas, septiembre 2014
- Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, Informe mundial sobre la violencia y la salud, Publicación científica y técnica nro. 588, OPS, 2003
- Ribot Reyes Victoria de la Caridad, Alfonso Romero Martitza, Ramos Arteaga Martha Elena, Gonzalez Castillo Antonio, Suicidio en el adulto mayor, www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_11_5_12/rhcm17512.htm
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2003. Serie 5 nro. 47. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2004. Serie 5 nro. 48. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2005. Serie 5 nro. 49. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2006. Serie 5 nro. 50. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2007. Serie 5 nro. 51. Ministerio de salud y ambiente de la Nación

- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2008. Serie 5 nro. 52. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2009. Serie 5 nro. 53. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2010. Serie 5 nro. 54. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2011. Serie 5 nro. 55. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2012. Serie 5 nro. 56. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Estadísticas Vitales, Información Básica, 2013. Serie 5 nro. 57. Ministerio de salud y ambiente de la Nación
- Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. Argentina 2009. Boletín 131. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación.