


Artículo original
Suicidio en el anciano

Juliana María Velásquez Suarez

Psiquiatra de la Universidad Nacional de Colombia. Fellow de Psiquiatría de Enlace de la Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO
Historia del artículo:

Recibido el 15 de noviembre de 2013

Aceptado el 28 de noviembre de 2013

On-line el 3 de mayo de 2014

Palabras clave:

Suicidio

Intento de suicidio

Anciano

R E S U M E N

Introducción El suicidio conforma una problemática de salud pública global, con múltiples características y factores de riesgo, que posee rasgos comunes y particulares de cada etapa del ciclo vital y de las edades de las personas que lo efectúan.

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura médica y de las entidades que tienen como tema el suicidio en el anciano, con el fin de plasmar la situación actual de esta problemática en el mundo y principalmente en Colombia.

Método: Revisión de la literatura.

Resultados: Durante la búsqueda se evidencia un alto volumen de producción literaria respecto al suicidio en general, incluso en Colombia se encuentra un número importante de artículos que describen la problemática de una forma global; sin embargo, se halla una deficiencia en literatura que referencie específicamente el acto en la edad adulta mayor.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Suicide in the Elderly
A B S T R A C T

Introduction: Suicide is a public health problem worldwide, with multiple features and risk factors. It has some common and unique trends in each phase across the lifespan.

Objective: To review the medical literature related to suicide in the elderly, in order to determine the current status of this problem in the world, and especially in Colombia.

Method: Literature review.

Results: There is a high volume of articles about suicide in general, even in Colombia, with many papers describing the problem in a comprehensive manner, but there is a need for more studies and publications on the scope of this problem in the elderly.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Suicide

Suicide attempt

Elderly

Introducción

En la violencia dirigida contra uno mismo se encuentran comprendidos los comportamientos suicidas y las autolesiones¹. El suicidio se define como el acto de quitarse la vida con intencionalidad y conocimiento de su letalidad²⁻⁴, este es el resultado de la interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y ambientales⁵⁻⁷. Como otros componentes del comportamiento suicida se encuentran los intentos suicidas, los cuales se definen como los actos que provocan daño físico, que no son letales, pero requieren atención médica, en los cuales el objetivo buscado es un resultado fatal³.

Durante el tiempo y los lugares en los que ha sido estudiada la conducta suicida se ha observado que los intentos son más frecuentes en mujeres, en contraste con los suicidios consumados, que son mayores en hombres⁸; el intento de suicidio es tres veces más frecuente en el género femenino que en el género masculino⁹. A este fenómeno se le ha dado un sinnúmero de explicaciones, entre las cuales se ha mencionado que podría ser el resultado de mecanismos más letales utilizados por los hombres en comparación con las mujeres. Según proyección de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2020, aproximadamente 1,53 millones de personas cometerán suicidio, y entre 10 y 20 veces más lo intentarán¹⁰.

Muchos grupos de trabajo alrededor del mundo han estudiado y observado las lesiones autoinfligidas; han hecho descripciones, análisis y estudios, con el fin de implementar intervenciones que realmente impacten de una manera efectiva en este suceso que se ha venido incrementando en el tiempo. Pero a pesar de las caracterizaciones, las descripciones y las estadísticas que revela la literatura acerca del acto suicida, cada sociedad, cada grupo de personas, cada familia, cada individuo, lo asume de una manera diferente, de acuerdo con sus principios culturales, religiosos, morales e ideológicos¹¹.

El 1 de octubre fue declarado por las Naciones Unidas como el Día Internacional de las Personas de Edad; según lo expuesto por ellos, en la actualidad casi 700 millones de personas son mayores de 60 años. Además, proyecciones al 2050 dicen que esta población representará más del 20% de la población mundial, aproximadamente 2.000 millones¹². La primera vez que se fijó el interés en el envejecimiento por parte de las Naciones Unidas fue en 1968. La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se realizó en 1982, y en 1988 se inauguró el Instituto Internacional sobre el Envejecimiento auspiciado por esta misma institución¹³.

En el presente artículo se busca realizar una descripción del suicidio en el adulto mayor de una forma global, con factores de riesgo y factores protectores, especificando de una manera más precisa esta problemática en la población colombiana, para así poder definir mejor el posible campo de intervención para prevenir y tratar los gestos, intentos y actos suicidas.

Metodología

En esta revisión, las palabras clave para la búsqueda fueron *suicide*, *suicide attempt* y *elderly*, y su traducción al español

(suicidio, intento de suicidio y anciano). Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Pubmed, SciELO y en la OMS, las Naciones Unidas, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los Estudios Nacionales de Salud Mental 1993 y 2003 de Colombia.

Comportamiento del suceso y factores de riesgo asociados

Durante la historia se ha descrito que la tasa de suicidios aumenta con la edad, las personas mayores de 65 años presentan 1,5 veces más riesgo de cometer suicidios que personas más jóvenes, y después de los 85 años tienen un mayor riesgo comparado con otros grupos etarios¹⁴. Pero a medida que ha transcurrido el tiempo, estos datos han ido cambiando, con mayor presentación de este fenómeno en las últimas 4 décadas del siglo xx¹⁵; así, se ha evidenciado un pico de incidencia importante no solo en mayores de 65 años, sino también entre los grupos etarios de 15 a 24 años⁶ y en otras publicaciones, ampliando este grupo de edad hasta los 34 años^{3,16}.

La OMS define un factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de presentar una enfermedad o lesión¹⁷. Múltiples factores de riesgo se han descrito para cometer un acto suicida en la población general, dentro de los más importantes y asociados con una mayor letalidad del acto se mencionan una historia de intentos previos¹⁸, ideación suicida, un plan específico, consumir sustancias psicoactivas, trastorno de pánico, trastorno depresivo y pérdidas recientes, relaciones personales, ocupación, salud, razones económicas, entre otras^{19,20}. Un factor no psiquiátrico relacionado es la impulsividad como una característica de la personalidad²¹; teniendo en cuenta que el suicidio en sí es una acción agresiva e impulsiva, otros autores describen, sumada al factor previo, una predisposición a manifestar una actitud disfuncional: desesperanza y aislamiento social²².

Entre otros elementos relacionados, se ha descrito el consumo de múltiples sustancias psicoactivas y alcohol; en el artículo «Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000» se hace referencia al alcoholismo y al abuso de sustancias como factores de riesgo psicosociales; se ha encontrado que los hombres con adicciones presentan 4 veces más riesgo de morir por suicidio que la población general y las mujeres adictas, 11 veces más riesgo²³.

En la población mayor de 60 años se describen como factores de riesgo importantes ser hombre, eventos vitales²⁴ como la pérdida de la pareja, el divorcio y la viudez²³; el matrimonio es informado como un factor protector para los hombres, pero no evidenciado en las mujeres; la pérdida de seres queridos, la muerte de personas cercanas; factores médicos, como enfermedades crónicas, terminales, dolorosas e incapacitantes^{25,26}; la depresión mayor^{5,27-32}; el uso de ciertos psicofármacos, como los sedantes e hipnóticos³³; los intentos previos de suicidio^{34,35}; el uso de alcohol³⁶; el aislamiento social^{3,16,37-39}; vivir solo³⁴; la jubilación; dificultades económicas, y abusos físicos y sexuales³.

Dentro de los trastornos mentales relacionados con el intento suicida⁴⁰⁻⁴², como ya se había mencionado anteriormente, se encuentra la depresión⁴³, como una de las enfermedades psiquiátricas con mayor relación en los adolescentes

y adultos mayores³; se considera que dos tercios de los suicidios geriátricos están asociados con la depresión³⁷. En el estudio publicado por Wiktorsson et al. (2010) se encontraron alteraciones psiquiátricas, que iban desde la demencia y las depresiones mayores hasta el trastorno bipolar³⁴; Conwell et al.⁴⁴ hacen referencia a las enfermedades psiquiátricas en un porcentaje del 71 al 97% de los suicidios, y dentro de estas, los trastornos del ánimo, principalmente la depresión mayor. Chiu et al.¹⁶ informan hallazgos encontrados en las autopsias psicológicas de víctimas de suicidio con dependencia al alcohol, los cuales muestran que los trastornos del afecto y problemas médicos importantes fueron asociados con suicidio en la población mayor, en contraste con el desempleo y la pérdida reciente de la pareja en población joven.

Rueda et al.¹⁵ muestran cómo la incidencia de suicidio ha sido más prevalente en los últimos años en los adolescentes; sin embargo, la mortalidad es mayor en la población adulta, lo que podría ser resultado de la utilización de métodos menos letales por la población más joven. En este mismo estudio encuentran mayor prevalencia en la población adulta de trastornos mentales graves, en contraste con mayor prevalencia de trastornos adaptativos en adolescentes. Este mismo grupo encontró en el 2011, en otro estudio realizado, que tanto en hombres como en mujeres el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno depresivo mayor, seguido por el trastorno afectivo bipolar tipo II y el trastorno de la adaptación, y menciona cómo el alcoholismo se ha asociado con un mayor riesgo de suicidio, con tasas aproximadamente 6 veces más altas que las de la población general⁹.

Respecto a la conducta suicida en el anciano, la literatura ha descrito características que la diferencian de las conductas suicidas en otros grupos de edades: menos intentos suicidas que los grupos más jóvenes, utilización de métodos más letales (ahorcamiento, precipitación, disparo con arma de fuego, ingestión de tóxicos, intoxicación con monóxido de carbono), menos señales de aviso, mayor planeación que impulsividad en los actos y, finalmente, conductas de suicidio pasivo (como conductas clinofílicas, no ingerir alimentos, no adherirse al régimen farmacológico, no tener contacto con su familia)³⁷. Estas particularidades son las que causan diferencias entre las cifras de los intentos suicidas y los suicidios consumados en la población general, frente a las presentadas en el adulto mayor: en la población general se estima aproximadamente de 20:1; en la población de adultos jóvenes, de 200:1⁴⁵, y en el grupo etario mayor, de 4:1^{28,45}. En contraste, se encuentran los factores protectores; dentro de estos, Chiu et al.¹⁶ mencionan la religión y la participación en esta como elementos que disminuyen la aparición del suicidio.

En el estudio multicéntrico de comportamiento suicida en sujetos adultos mayores efectuado entre 1989 y 1993⁴⁵ se contó con un total de muestra de 1.518 sujetos mayores de 65 años, con 35,5% de hombres y 64,5% de mujeres. Dentro de los datos obtenidos, la edad media del total de los intentos suicidas fue de $74,7 \pm 6,9$ años; entre las características de las personas que intentaron suicidarse, la mayoría tenían una condición de viudez o vivían solas, el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue la psicosis maniaco-depresiva en fase depresiva (17,8% casos). Esto confirma que se cometen menos intentos suicidas en la población adulta mayor en contraste con la población joven.

Situación del suicidio en Colombia

En el último censo, del 2005, el total de la población colombiana era de 41.468.384 habitantes, de los cuales 49% eran hombres y 51%, mujeres. En el 2013 la población colombiana consta de 43.347.110 personas, según datos del DANE⁴⁶.

En Colombia, para ser considerado una persona mayor se deben tener 60 años o más, según la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. En el último censo del 2005, el 98,8% de la población adulta mayor de Colombia residía en hogares particulares y el 2,2%, en centros geriátricos. Según proyección del DANE, en el 2013 esta población llegará a los 4.962.491 colombianos; en la proyección de población entre 2005 y 2020 de este mismo ente, la esperanza de vida al nacer de la población colombiana se incrementará en el tiempo y se estima que en estos años este indicador pasará de 72,6 a 76,2 años para ambos sexos⁴⁷.

Según estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las Américas se suicidan 65.000 personas cada año¹. En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informó, en 1994, que el suicidio era la tercera causa de muerte en personas de 15 a 45 años. En 1998 se presentó un incremento del 21% respecto a cifras de años anteriores¹⁸. Para el 2008, las tasas de suicidio fueron de 4 por cada 100.000 habitantes, con un primer pico mayor en hombres entre los 18 y 29 años de edad y el segundo entre los 70 y 74 años, mientras que en las mujeres se evidenció una tendencia descendente a lo largo de los grupos etarios¹⁰. En el 2010 fue la cuarta forma de muerte violenta, y llegó a tasas de 7,5 hombres y 1,6 en mujeres por cada 100.000 habitantes⁹. En el 2012 se informaron 1.901 necropsias en las cuales la causa de muerte fueron lesiones autoinfligidas; así, el suicidio se instituyó como la cuarta forma de muerte violenta en Colombia, al informar una tasa de 4,08 por 100.000 habitantes. El mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento¹. Respecto al panorama actual en el adulto mayor, entre enero y agosto del 2013 se han presentado 300 homicidios, 154 suicidios y 760 muertes en accidentes de tránsito⁴⁸.

En el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993 en Colombia se encontraron evidencias de comorbilidad entre el alcoholismo y la depresión, dato consecuente con los hallazgos del Estudio Nacional de 1987, en el cual se encontró asociación significativa entre la ingesta de bebidas alcohólicas y la prevalencia de vida de intentos suicidas⁴⁹. En el estudio «Suicidio y género en Antioquia»⁸ se informó una mayor cifra de intoxicación alcohólica al momento del acto suicida en el género masculino.

En su estudio, Valencia et al.³ encontraron que de un total de 8.852 pacientes ingresados al Hospital Universitario del Valle entre 1994 y 2010, el 22,7% ingresaron por intento suicida; se encontró en las estadísticas que hasta el 2006 más del 80% de los pacientes atendidos por intento de suicidio eran mayores de 35 años, y posteriormente a esta fecha se dio una disminución en la edad de dicha población: grupos de 15 a 24 años y de 25 a 34 años superan a los grupos de otras edades, en concordancia con lo informado en las estadísticas internacionales, donde el suicidio en adultos jóvenes se ha incrementado de manera significativa.

En el artículo publicado por Palacio et al.⁴, que contaba con una muestra de 108 personas, con una distribución por género del 79,4% de hombres y 20,6% de mujeres, el 50% de la población presentaba una edad sobre 29 años al cometer el acto suicida. En las autopsias psicológicas se encontraron enfermedades psiquiátricas en el 89,9% de la muestra, y llamó la atención que solo el 11,1% había recibido tratamiento psiquiátrico.

La Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003 en Colombia mostró que la prevalencia de vida para ideación suicida fue del 12,3%, del 4,1% para plan suicida y del 4,9% para intento suicida^{50,51}. Por edades se evidencia mayor prevalencia tanto de ideación y plan como de intento suicida en el grupo de 30 a 44 años; en el grupo de edades de más de 65 años se evidencia una prevalencia de vida de ideación suicida del 9,1%, para plan suicida del 1,5% y de intento suicida respectivamente del 2,4%⁵¹. En la población de adultos mayores esta conducta se ha venido incrementando: en el 2012 se presentó un aumento del 18% respecto a años previos, con una tasa de 5 por 100.000 habitantes. Este mismo año en el grupo etario entre los 70 y 74 años se presentó una tasa de 7 por cada 100.000 habitantes, con un incremento respecto al 2011; en el grupo etario entre los 75 y 79 años se informaron 39 casos, frente a 21 casos en el 2011, lo cual representa un incremento del 85%¹.

Conclusión

La vejez es una etapa inevitable en la vida de todo ser humano y trae consigo cambios en la mayoría de las áreas, incluyendo no solo la personal sino también la social. Cuando por una u otra razón estas modificaciones comprenden múltiples transformaciones que dificultan la adaptabilidad y la costumbre a las nuevas condiciones (sumado a factores previos), a veces tienen como resultado una predisposición a generar conductas autodestructivas en la vejez.

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública global, con cambios importantes en su distribución por género, edad y otras características a través del tiempo. En Colombia, según cifras entregadas por el gobierno, el número de personas que se suicidan va en aumento y la distribución por grupos de edades se ha ido modificando. Aunque se sigue observando un patrón de incremento en el grupo del adulto mayor, no ha sido tan notable en relación con estos eventos en población más joven, lo cual podría obedecer a un subregistro en nuestro medio. Esto lleva a la necesidad de continuar la implementación de políticas con una visión integral que oriente la detección de factores de riesgo modificables e impacten de una manera más efectiva este flagelo.

Conflictos de interés

La autora manifiesta que no tiene conflictos de interés en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cifuentes S. *Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano*, 2012. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2012.
2. García J, Montoya G, López C, López M, Montoya P, Arango J, et al. Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2011;40:199-214.
3. Valencia H, Campo-Cabal G, Borrero C, García Á, Patiño M. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle. Cali (1994-2010). *Rev Colomb Psiquiat*. 2011;40:619-36.
4. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, Ortiz J, López G, et al. Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2005;24:3-53.
5. Ribot V, Romero M, Ramos M, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev Hab Cienc Méd*. 2012;11:699-708.
6. Caycedo A, Arenas M, Benitez M, Cavanzo P, Leal G, Guzman Y. Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá, 2009. *Pers Bioética*. 2010;14:205-13.
7. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Asadollahi., Carson K, Sayehmiri K. Determination of the social related factors of suicide in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Biomed Central Public Health*. 2013;13:4.
8. González A, Rodríguez A, Aristizábal A, García J, Palacio C, López C. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev Colomb Psiquiat*. 2010;39:251-67.
9. Rueda G, Díaz P, Rangel A, Castro V, Camacho P. Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Rev Colomb Psiquiat*. 2011;40:637-46.
10. Muñoz E, Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:291-312.
11. Chávez A, Leenaars A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*. 2010;33:355-60.
12. Organización de las Naciones Unidas (ONU) [internet]. s. f. [consultado 13 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.un.org>
13. International Institute on Ageing [internet]. 2001 [consultado 13 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.inia.org.mt>
14. Stern T, Fricchione G, Cassem N, Jellinek M, Rosenbaum J. *Handbook of general hospital psychiatry. Care of suicidal patient*. 2010:541-54. Capítulo 40.
15. Rueda G, Rangel A, Castro V, Camacho P. Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:683-92.
16. Chiu H, Chan S, Lam L. Suicide in the elderly. *Curr Opin Psychiatry*. 2001;14:395-9.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet] s. f. [consultado 13 nov 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
18. Gomez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina M, Fernandez C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31:271-86.
19. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry. Psychiatric emergencies*, 2. Kaplan & Sadock's; 2009. p. 2717-32. Capítulo 29.
20. García J, Palacio C, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, et al. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2008;37:11-28.
21. Serafini G, Pompili M, Lindqvist D, Dwivedi Y, Girardi P. The role of neuropeptides in suicidal behavior: A systematic review. *BioMed Res Int*. 2013;ID687575.

22. Gutiérrez A, Contreras C. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Mental*. 2008;31:321-30.
23. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Rev Salud Pública*. 2004;6:217-34.
24. Ojagbemi A, Oladeji B, Abiona T, Gureje O. Suicidal behavior in old age-results from the Ibadan study of ageing. *BMC Psychiatry*. 2013;13:80.
25. Guibert W, Trujillo O. Intento suicida del anciano en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integral*. 1999;15:509-15.
26. Koponen H, Viilo K, Hakko H, Timonen M, Meyer V, Särkioja T, et al. Rates and previous disease history in old age suicide. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2007;22:38-46.
27. Rodríguez J, Medina O, Cardona D. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda. Colombia, 2005-2010. *Rev Facultad Med*. 2013;61:9-16.
28. Conwell Y, Duberstein P, Connor K, Eberly S, Cox C, Caine E. Access to firearms and risk for suicide in middle-aged and older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10:4.
29. Oyama H, Koido J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Comm Mental Health J*. 2004;40:249-63.
30. Park J, Han M, Sig M, Yoon M, Ko S, Cho H, et al. Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home - care services. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013, doi: 10.1002/gps.4012.
31. Pearson J. Recent research on suicide in the elderly. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:59-63.
32. Kawamura T, Shioiri T, Takahashi K, Ozdemir V, Someya T. Survival rate and cause of mortality in the elderly with depression: A 15- year prospective study of Japanese community sample, The Matsunoyama-Niigata suicide prevention project. *J Inv Med*. 2007;55:106-14.
33. Carsten A, Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *BMC Geriatr*. 2009;9:20.
34. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18:1.
35. Leuret S, Perret E, Mulliez A, Gerbaud L, Jalenques I. Elderly suicide attempters: Characteristics and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:1052-9.
36. Bartels S, Coakley E, Oxman T, Constantino G, Oslin D, Chen H, et al. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10:4.
37. Pérez S. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciencia Salud Colectiva*. 2012;17:2011-6.
38. Malpburs J, Eisdorfer C, Cohen D. A comparison of antecedents of homicide - suicide and suicide in older married men. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:1.
39. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leon D, Oyama H, Socco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32:88-98.
40. Cárdenas J, Santelices D, Fredes A, Florenzano R. Protocolo de manejo de intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2012;50:249-54.
41. Benntt A, Collins K. Elderly suicide: A 10 year retrospective study. *Am J For Med Pathol*. 2001;22:169-72.
42. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Méx*. 2010;52:292-304.
43. Clarke D, Colantonio A, Heslegrave R, Rhodes A, Link P, Conn D. Holocaust experience and suicidal ideation in high-risk older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:65-74.
44. Conwell Y, van Orden K, Caine E. Suicide in older adults. *Psychiatry Clin North Am*. 2011;34:451-68.
45. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: Results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:300-10.
46. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [internet]. s. f. [consultado 13 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>
47. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyección de Población 2005-2020 Colombia. Tablas abreviadas de mortalidad nacional y departamental 1985-2020 [internet]. 2007 [consultado 13 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>
48. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Día Internacional de las Personas Mayores [internet]. s. f. [consultado 13 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/oficina-de-prensa/688-dia-internacional-de-las-personas-mayores>
49. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia, 1993. Bogotá: Minprotección; 1994.
50. Castro V, Rangel A, Camacho P, Rueda G. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Colomb Psiquiatría*. 2010;39:705-15.
51. Colombia, Ministerio de Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Bogotá: Minprotección; 2003.