



**CASO CLÍNICO**

Recibido: 17/07/2016. Aceptado: 06/10/2016

## **INTENTO DE SUICIDIO EN ANCIANO CON SÍNDROME CONFUSIONAL**

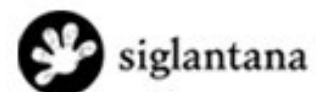
### **SUICIDE ATTEMPT IN THE ELDERLY WITH ACUTE CONFUSIONAL STATE**

M. Irigoyen Otiñano<sup>1</sup>, A. Kiskeri Aiguabella<sup>2</sup>, N. Prades Salvador<sup>3</sup>,  
S. Salort Seguí<sup>3</sup>, I. Molinero Ponce<sup>4</sup>, M. Puigdevall Ruestes<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Adjunta de Psiquiatría. Coordinadora de Psiquiatría de Enlace. Consulta de Prevención de riesgo suicida. <sup>2</sup>Residente de tercer año de Psicología.

<sup>3</sup>Residente de segundo año de Psiquiatría. <sup>4</sup>Residente de cuarto año de Psiquiatría. <sup>5</sup>Adjunta de Psiquiatría. Jefa de Servicio. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Santa María de Lleida. Universidad de Lleida. IRB Lleida (Instituto de Recerca Biomédica).

**Correspondencia:** Maria Irigoyen Otiñano, Hospital Universitario de Santa María, Avenida Alcalde Rovira Roure 44, 25198 Lérida.  
Email: mirigoyen@gss.scs.es





## RESUMEN

El suicidio es la complicación más grave de la enfermedad mental. Supone uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. A día de hoy persiste una infranotificación de los casos que dificulta conocer la magnitud real. La conducta suicida previa es el mayor factor de riesgo de repetición del intento y de suicidio consumado posterior. Dependiendo de la franja de edad pueden existir diferencias en el comportamiento suicida. Es ampliamente descrito el envejecimiento progresivo de la población. Así, los ancianos se caracterizan por realizar escasos intentos de suicidio pero destacan por emplear metodología violenta como el ahorcamiento, la precipitación, la venosección profunda, etc. logrando así una mayor letalidad somática del intento. Los antecedentes psiquiátricos se asocian frecuentemente con la conducta suicida, sobre todo la depresión. La enfermedad crónica también se asocia con la ideación suicida y el suicidio consumado. El síndrome confusional agudo también es una entidad de riesgo al presentar una alteración del nivel de consciencia, afectación global de las acciones ejecutivas, distorsión de la percepción y un estado fluctuante de agitación psicomotora al estar el paciente confuso, sin claridad perceptiva, lo cual hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad objetiva. El entorno sociofamiliar y los grupos de apoyo son de alta relevancia ya que podrán ser factores protectores o factores de riesgo. En la evaluación del riesgo suicida en el anciano es preciso realizar una anamnesis completa, una exploración psicopatológica y una valoración de la comorbilidad médica y de la red sociofamiliar del paciente.

**Palabras clave:** Conducta suicida; Anciano; Enfermedad crónica; Síndrome confusional.

## ABSTRACT

Suicide is the most severe complication in mental disorders and one of the problems with the greatest impact on public health. Currently, there is an under-reporting of cases that makes it difficult to know the real magnitude of the disease. The previous suicidal behavior is the leading factor that triggers the repetition and the completed suicide. Depending on the age group there may be different suicidal behaviors. It is widely described the progressive aging of the population... Thus, old people are characterized for their low suicidal tendency, although their methodology is more violent such as hanging, jumping, wrist cutting, etc., achieving a greater somatic lethality in the attempt. The psychiatric antecedents are commonly related with suicidal behavior, and above all, with depression. The chronic disease is also related to the suicidal idealization and the attempted suicide. The acute confusional state is also a risk entity as it presents an alteration of the conscience level, global affectation of executive actions, distortion of the perception and a fluctuating state of psychomotor anxiety. This is because the patient is confused, with no perceptive clarity and it makes him feel disorientated and as if he were living a blurred real life. The familiar and social environment and the support groups have a vital importance, since they can be either protecting or risking factors. In the suicide risking evaluation of the old people it is necessary to analyze a complete anamnesis, a psychopathology exploration and a valuation of the medical comorbidity and the social and familiar environment of the patient.

**Key words:** Acute confusional state; Suicidal behavior; Old people; Chronic disease.



## INTRODUCCIÓN

El suicidio es la complicación más grave de la enfermedad mental. Supone uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. A día de hoy, persiste una infranotificación de los casos que dificulta conocer la magnitud real. A pesar de la multitud de factores de riesgo ampliamente replicados en la literatura, la conducta suicida previa es el mayor factor de riesgo de repetición del intento y de suicidio consumado posterior.

Es ampliamente descrito el envejecimiento progresivo de la población. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2012 el 17% de la población española eran ancianos (INE, 2012). De hecho, sigue creciendo el porcentaje de octogenarios representando el 5,3% de toda la población. Se estima que en 2049 habrá más de 15 millones de personas de edad avanzada suponiendo un 31,9% del total de la población. El género predominante en la senectud es el femenino, de tal modo que existe un 35% más de mujeres que de hombres. De esta manera, se puede determinar que un marcador demográfico importante del riesgo suicida es la edad, por lo que, a nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, muy frecuentemente a partir de los 65 años (Mansilla, 2010). Más del 70% de las personas que se suicidan en el mundo son mayores de 40 años y la frecuencia, en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones. En la tercera edad también las mujeres presentan más intentos de suicidio que los varones pero en menor proporción que lo registrado en franjas de edad más jóvenes, como las comprendidas entre los 15-30 años. Los varones, en cambio, lo consuman más siendo mayor el número que en adolescentes o personas de mediana edad. Las personas mayores y fundamentalmente los varones por encima de los 60 años, mueren en el primer intento en un 90% de los casos (Aja-Eslava, 2007). Los antecedentes psiquiátricos se asocian frecuentemente con la conducta suicida, sobre todo la depresión. La enfermedad crónica también se asocia con la ideación suicida y el suicidio consumado. En una revisión, Freemann y Reinecke mencionan cómo el 85% de la población estadounidense mayor de 65 años padece una o más enfermedades crónicas lo cual parece coincidir con la elevada incidencia de suicidio por encima de esa edad (Freemann, Reinecke, 1995). El riesgo de suicidio aumenta en parados, jubilados o trabajadores con situación de inestabilidad. Las personas casadas tienen menos probabilidad de intentar o consumir el suicidio que las personas separadas, divorciadas o viudas que viven solas (Smith, Mercy, Conn, 1988). Se ha descrito que los ateos tienen una tasa de suicidio

más alta que los creyentes, siendo entre estos la tasa más alta en los budistas, seguidos de los cristianos, los hindúes y los musulmanes (Bertelote, Fleischmann, 2002). De esta forma, se podría definir que el perfil del paciente anciano con conducta suicida podría corresponderse con situación de viudedad, salud deteriorada, raza blanca, aislamiento social, escaso soporte social y clínica depresiva con empleo de metodología violenta tipo ahorcamiento o disparo con arma de fuego.

## CASO CLÍNICO

**Identificación del paciente:** Varón de 84 años que ingresa en planta de Geriátrica por intento de suicidio mediante sobre-ingesta medicamentosa de baja rescatabilidad y afectación somática severa.

**Análisis del motivo de la consulta:** El paciente ingresa en planta de Geriátrica por intento de suicidio mediante sobre-ingesta medicamentosa en el contexto de síndrome confusional y enfermedad somática crónica con importante dolor y limitación funcional progresiva. El paciente es evaluado por Psiquiatra de Enlace realizándose la exploración psicopatológica y orientándose como síndrome confusional.

**Antecedentes personales médico-quirúrgicos:** Sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. Diabetes mellitus en insulino-terapia. Neuropatía diabética en tratamiento con gabapentina. Trombopenia periférica de aspecto secundario. Gammapatía monoclonal de significado incierto con 5% de células plasmáticas en control evolutivo por Hematología. Serología VHB positiva con carga viral negativa. Deterioro cognitivo tipo enfermedad de Alzheimer GDS-3 en control por Neurología desde los 80 años de edad en tratamiento con parches de rivastigmina.

**Psicobiografía breve:** Padres fallecidos. Vive con su esposa en el domicilio, relativamente autónomo para las actividades básicas de la vida diaria. Tiene cinco hijos independizados. Estudios universitarios. Jubilado, ginecólogo de profesión. Sin adversidades en el núcleo sociofamiliar aparentemente ni acontecimientos vitales estresantes de relevancia.

**Historia toxicológica:** Sin consumo de tóxicos ni otros comportamientos adictivos. Niega antecedentes familiares al respecto.

**Historia psicopatológica:** Sin antecedentes de seguimiento por parte de Psiquiatría ni ingresos en Unidad de



Intento de suicidio en anciano con síndrome confusional

M. Irigoyen Otiñano y cols.

Agudos ni conducta suicida previa ni a nivel personal ni familiar. Parto normal. Desarrollo psicomotor sin alteraciones.

**Análisis y descripción de las conductas problema:**

Destaca la pluripatología médica concomitante que condiciona elevado dolor de complejo manejo terapéutico, deterioro cognitivo y pérdida progresiva de autonomía. Relevancia de la letalidad secundaria del intento de suicidio en paciente anciano sin antecedentes psiquiátricos previos.

**Episodio actual**

Proceso actual: En esta ocasión, ingresa en planta de Geriátrica tras primer intento de suicidio mediante sobreingesta medicamentosa de alrededor de 25 mg de lorazepam en el contexto de intenso dolor somático de complejo manejo y síndrome confusional agudo.

**Tratamiento previo al ingreso:** El paciente no tomaba previamente tratamiento psicotrópico ni realizaba seguimiento psiquiátrico.

**Exploración psicopatológica en planta:** En la primera valoración por parte de Psiquiatría de Enlace, el paciente se muestra parcialmente orientado en espacio y persona pero desorientado en tiempo con marcada tendencia a la somnolencia. Apático y aislado con tendencia a la clinofilia, negativista respecto a la ingesta de alimento. Emitía un discurso poco fluido, en tono bajo con aumento de latencia de respuesta, vagamente elaborado, perseverante en relación al dolor y al escaso control del mismo con importante resonancia afectiva y conductual. En ocasiones, perdía la coherencia adquiriendo el relato tintes delirantes. Refería ideación suicida reactiva a dicho malestar sin realizar crítica de la sobreingesta medicamentosa. Manifestaba elevada tensión interna, irritabilidad y dificultades para descansar por la noche por sueño fragmentado.

**Pruebas complementarias:** En planta de hospitalización, se realiza gammagrafía ósea que muestra aplastamiento vertebral agudo a nivel D11. Se solicita valoración por parte de Traumatología que pauta medicación analgésica sin requerir corsé ortopédico. En la analítica sanguínea se objetiva discreta hiperpotasemia e insuficiencia renal aguda presentando cifras elevadas de potasio y creatinina. Resto de bioquímica, hemograma, hemostasia y gasometría venosa sin hallazgos relevantes. Sedimento sin alteraciones relevantes. Radiografía de tórax sin signos sugestivos de consolidación ni derrame pleural. En el electrocardiograma se evidencia arritmia cardiaca por fibrilación auricular a 72

latidos por minutos ya conocida, que se decide no anticoagular tras valoración por parte de Hematología debido a la trombopenia existente.

**Evolución:** Paciente con antecedentes de pluripatología médica así como deterioro cognitivo de tipo enfermedad de Alzheimer, que realiza sobreingesta medicamentosa de benzodiazepinas con finalidad suicida en el contexto de intenso dolor físico.

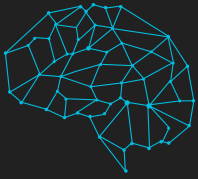
Al parecer, previamente al intento de suicidio el paciente presenta episodio de dolor lumbar refractario al tratamiento analgésico pautado, estreñimiento y cuadro de desorientación. A este malestar se añade dolor neuropático de larga evolución que condiciona deambulación del paciente. En este contexto de desorientación y dolor prolongado durante al menos 15 días, el paciente realiza sobreingesta medicamentosa de diazepam con baja rescatabilidad no pudiéndose determinar la cantidad ingerida exacta. Es atendido con un nivel de consciencia de Glasgow 12 en el Servicio de Urgencias generales donde es precisa la administración de flumazenilo recuperando completamente el nivel de consciencia pero persistiendo la desorientación y resto de cuadro confusional. Protagoniza episodio de agitación psicomotora y alteración conductual que requieren contención mecánica completa y farmacológica con neurolepticos. Dada la evolución tórpida del cuadro, se decide ingreso en Medicina Interna con interconsulta al servicio de Psiquiatría de Enlace y Neurología.

**Selección del tratamiento más adecuado:** Se inicia tratamiento a dosis bajas de paroxetina 10 mg/día y risperidona buscando efecto ansiolítico y mejor manejo conductual.

Diagnóstico codificado según DSM-5: Síndrome confusional debido a otra afección médica persistente hiperactivo (293.0), Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer con alteración del comportamiento (294.11).

**Establecimiento de las metas del tratamiento:** Se orienta finalmente como síndrome confusional agudo debido a otra afección médica persistente hiperactivo en sujeto con antecedentes de trastorno neurocognitivo mayor probable debido a enfermedad de Alzheimer con alteración del comportamiento. Se instaura tratamiento con antidepressivo a dosis bajas buscando el efecto ansiolítico del mismo y también neuroleptico a dosis baja para el control de la agitación y de la alteración conductual.

**Seguimiento y eficacia del tratamiento:** El paciente presenta una evolución tórpida. Durante su ingreso en Me-



dicina Interna se inicia tratamiento antidepresivo con dosis bajas de paroxetina y risperidona. Inicialmente son bien toleradas y responde adecuadamente mejorando la inquietud, el descanso nocturno y la labilidad emocional. A pesar de ello, persisten cogniciones negativistas, catastrofistas respecto a su salud y su pérdida progresiva de autonomía refiriendo continuamente amenazas suicidas irreductibles que promueven ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría. Allí, presenta nuevamente episodios de desorientación más pronunciados, inquietud psicomotora y desorganización conductual. Se decide traslado a Geriátrica para estudio de síndrome confusional. La evolución es desfavorable por aparición de diversas complicaciones. Presenta plaquetopenia severa que mejora parcialmente con corticoides a dosis altas y pauta de inmunoglobulina. Persiste suboclusión intestinal que se corrige con laxantes y enemas. El cuadro confusional se cronifica por las sucesivas agudizaciones presentando cada vez mayor inquietud psicomotora. El deterioro general progresivo se acompaña de mayor debilitamiento general, anorexia, disminución progresiva del nivel de consciencia y finalmente broncoaspiración continua de saliva que implica infección respiratoria severa con elevada fiebre alcanzando los 39°C de temperatura. Se instaura tratamiento antitérmico y tratamiento antibiótico de amplio espectro pero la sobreinfección respiratoria resulta refractaria al tratamiento antibiótico falleciendo finalmente el paciente.

## DISCUSIÓN

Es una realidad que la población anciana es un colectivo vulnerable para la conducta suicida. La etiología es multifactorial interviniendo los factores genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos, culturales, religiosos, etc. Se ha descrito también la existencia de factores de riesgo y factores protectores. A pesar de no tener valor predictivo positivo como tal, estos últimos deben considerarse también como parte relevante en la evaluación del riesgo suicida.

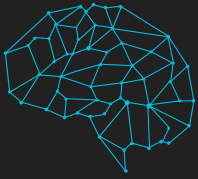
Al destacar los factores de riesgo, conviene resaltar las pérdidas asociadas al envejecimiento. Estas pérdidas pueden ser de tipo físico (relacionado con disminución de la capacidad sensorial, inmovilización progresiva, pérdida de control de los esfínteres, etc.), pérdidas de tipo social (jubilación, pérdida de rol, disminución del liderazgo, etc.), pérdidas de tipo cognoscitivo (memoria, capacidad de aprendizaje y abstracción) y pérdidas de tipo social (disminución de actividad social, cambio de estatus económico, pérdida de los

"iguales", etc.). En la edad anciana también suele aparecer un sentimiento de tristeza a pesar de que estudios de Haro (Haro et al., 2006) y Lobo (Lobo et al., 1995) muestran en sus publicaciones que la prevalencia de depresión es mínimamente superior en la edad anciana respecto a otros rangos de edad, observándose una prevalencia aproximada del 4,8% en la edad anciana y un 4,4% en el resto de los grupos de la población. A estas circunstancias hay que añadir una pérdida de deseo sexual, disminución de las horas de sueño, una nueva conciencia de la muerte, y la existencia de enfermedades limitantes y dolorosas que comprometen la autonomía del individuo estableciéndose la situación de dependencia. Todas estas situaciones propias del envejecimiento propician el desarrollo de una vulnerabilidad que pueden resultar por ello factores de riesgo.

El género es uno de los predictores más importantes de suicidio entre los ancianos siendo el varón el que tiene mayor predisposición. Las tasas crecen con la edad e intensamente a partir de los 65 años, pudiendo alcanzar la tasa de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes a partir de los 80 años. Esta asociación es muy clara entre los varones y escasamente significativa entre las mujeres (Abellán-García et al., 2012).

Estudios publicados en 2011 por Van Order y Conwell revelan la relación entre las enfermedades crónicas, terminales, dolorosas e invalidantes con la aparición de deseos de morir en la población anciana.

Hasta casi el 85-90% de los suicidios consumados presentan antecedentes psiquiátricos destacando fundamentalmente los trastornos afectivos. Por orden de frecuencia es la depresión la que aparece más frecuentemente seguida por el alcoholismo, los trastornos psicóticos con síntomas paranoides y agitación, los trastornos delirantes de contenido hipocondríaco, los trastornos del sueño y el síndrome confusional. Según estudios clásicos publicados por Zweig en 1993 y ampliamente replicados en la literatura, la depresión es el trastorno mental que se asocia con más fuerza a la conducta suicida (Zweig, Hinrichsen, 1993). Un estudio realizado en Chicago revela que hasta el 75% de los ancianos que se suicidaron habían visitado al médico un mes antes por sintomatología depresiva. El alcohol también parece influenciar ya que existe una fuerte asociación entre el consumo continuado de alcohol y la conducta suicida, sobre todo en varones ancianos siendo además buen predictor en relación a la posibilidad de realización de un nuevo intento suicida (Morin et al., 2013; Casey, 1990).



Los trastornos psicóticos también representan un riesgo en este rango de edad asociándose la ideación delirante de tipo hipocondriaco a la depresión y al suicidio (Nieto-Rodríguez, 1997). Como en el caso clínico que se ha expuesto, el síndrome confusional agudo con síntomas psicóticos y agitación intensa también puede desembocar en conductas autolesivas por parte del paciente si no se actúa a tiempo. Se denomina síndrome confusional agudo (SCA) o delirium al cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por la aparición fluctuante y concurrente de:

- Alteración del nivel de consciencia.
- Afectación global de las funciones cognitivas.
- Alteraciones de la atención-concentración con desorientación.
- Exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación.
- Alteraciones del ritmo vigilia-sueño.

El enfermo aparece adormecido, obnubilado, confuso, sin claridad perceptiva, lo cual hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad objetiva. Las etiologías más frecuentes son aquellas de origen neurológicas y de origen sistémico que afectan a las funciones cerebrales. Las intoxicaciones, así como la privación de tóxicos son la causa más frecuente de SCA reversible (Acedo-Gutiérrez, año?). Hay que hacerlo principalmente con la demencia y otras enfermedades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, trastornos disociativos, manía aguda y esquizofrenia.

Al igual que en todos los rangos de edad, la conducta suicida previa es el mayor factor de riesgo suicida. En la tercera edad sucede que el porcentaje de intentos de suicidio y suicidios consumados es de 2:1 mientras que en la población más joven esta proporción suele ser de 7:1 (Vidal, 1999). Los antecedentes familiares de conducta suicida también ensombrecen el pronóstico (Vidal, 1999).

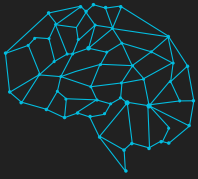
El estado civil también influye siendo las tasas más elevadas entre los solteros, los viudos y separados. Considerando el género, los varones viudos son los que presentan mayor riesgo potencial y los casados los que menos. Entre las mujeres, las diferencias por estado civil presenta menor asociación. En caso de enviudar, un varón con edad superior a 60 años presenta hasta tasas ocho veces superiores a las mujeres (Abellán, 2005) (Kamiya et al., 2013). Varias revisiones apuntan a que el primer año después de la pérdida del cónyuge el riesgo es máximo para los varones ancianos y que los varones ancianos de mayor edad tardan más tiempo en recuperarse tras la pérdida en comparación con las

mujeres (Rurup et al., 2011; Heikkinen et al., 1995; Erlangsen et al, 2004). En las mujeres, en cambio, el riesgo máximo es durante el segundo año tras la pérdida.

Las adversidades vitales como desencadenantes de conducta suicida van disminuyendo con la edad y son más frecuentes en los varones suicidas que en las mujeres suicidas. Las adversidades más frecuentes son la enfermedad orgánica, la jubilación y la muerte del cónyuge (Rurup et al., 2011; Heikkinen et al., 1995). Los sentimientos de soledad, aislamiento y desesperanza también suelen propiciar la conducta suicida (Innamorati et al., 2013). En los casos en los que el individuo conserva autonomía funcional y buena salud, el propio acercamiento progresivo de la muerte puede generar ansiedad con posibilidad de aparición de somatizaciones y preocupaciones hipocondriacas. Por el contrario, las situaciones en las que impera el miedo a la enfermedad grave, al dolor, a la incapacidad o al sufrimiento hace que la muerte sea deseada e interpretada como una liberación (Nieto-Rodríguez, 1997). Otro factor de riesgo es el maltrato existiendo mucha relación entre la pobre salud física, la conducta suicida y las situaciones de maltrato (Pérez-Barrero, 2004). La religión también parece tener su influencia, de tal modo que los ateos tienen una tasa más alta de suicidio que los creyentes (Bertelote, Fleischmann, 2002).

Es destacable que los pacientes institucionalizados en residencias presentan un elevado grado de eficacia sobre todo aquellos sujetos que ya referían antecedentes psiquiátricos. De este modo, en este medio, la proporción entre intentos de suicidio y suicidio consumado es muy próxima a 1:1 (Chinchilla et al., 2003).

En contraposición a lo expuesto previamente, también existen los factores protectores de riesgo suicida. Entre ellos destaca un soporte familiar y social adecuado. Un entorno social favorable permite que el anciano sea reconocido, apoyado y querido ofreciendo este clima protección frente al desarrollo de pensamientos de inutilidad o sentimientos de soledad (Pérez-Barrero, 2004). Es imprescindible que el anciano pueda desarrollar habilidades sociales que le permitan mantenerse integrado en la sociedad. Presentar capacidades adaptativas, una buena autoimagen de uno mismo, autoconfianza y una buena salud física y mental son factores protectores. Es muy importante llevar a cabo un correcto seguimiento médico de los diferentes procesos propios del envejecimiento para poder lograr una mejor calidad de vida y aumentar la esperanza de vida.



## CONCLUSIÓN

La conducta suicida es la complicación más grave del trastorno mental y su etiología es multifactorial. En el paciente anciano se observan características propias del envejecimiento progresivo que pueden resultar situaciones de riesgo suicida. Es por ello importante realizar un adecuado seguimiento médico para que las enfermedades presentes puedan aspirar a la mejor calidad de vida y autonomía. Es preciso identificar la sintomatología depresiva e instaurar tra-

tamiento a dosis terapéuticas así como restringir el consumo abusivo de sustancias, fundamentalmente alcohol. Conviene evaluar, conjuntamente con la anamnesis y la exploración psicopatológica, otros aspectos de ámbito psicosocial que pudieran suponer un riesgo de exclusión o fragilidad para el correcto desarrollo del paciente anciano. Todas estas medidas ajustadas y ejecutadas desde los distintos agentes de la sociedad pueden ser iniciativas preventivas capaces de identificar y disminuir el riesgo suicida en la población geriátrica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García A. El suicidio entre las personas de edad. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(1):65-67.
2. Abellán García A, Ayala García A. Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores nº 131. Madrid: IMSERSO; 2012.
3. Aja Eslava L. El suicidio y los factores indicadores de riesgo. Congreso Latinoamericano de Educación. Bogotá; 2007.
4. Bertelote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*. 2002;7:6-8.
5. Chinchilla E, Suárez-Almenara JL, Irureta J, Ania Lafuente BJ. Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos en una residencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. 2003;38(3):170-174.
6. Depression and suicide facts for older adults. NAMI of Greater Chicago. Disponible en: [www.namigc.org](http://www.namigc.org)
7. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest: a population-based register study. *Age Ageing*. 2004;33(4):378-383.
8. Freemann A, Reineche MA. *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brower; 1995.
9. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España. "Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain Study". *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.
10. Casey DA. Suicide in the elderly. *J Ky Med Assoc*. 1990;88(6):301.
11. Heikkinen ME, Isometsa ET, Aro HM, Sarna SJ, Lonnqvist JK. Agerelated variation in recent life events preceding suicide. *J Nerv Ment Disord*. 1995;183:325-331.
12. INE 2012.
13. Innamorati M, Pompili M, Di Vittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A, et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013.???
14. Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Depressive symptoms among older adults: the impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging Ment Health*. 2013;17(3):349-357.
15. Lapiere S, Boyer R, Desjardins S, Dubé M, Lorrain D, Préville M, Brassard J. Daily hassles, physical illness and sleep problems in older adults with wishes to die. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(2):243-252.
16. Lobo A, Sanz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C. "The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study". *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(6):
17. Mansilla Izquierdo F. *Suicidio y prevención*. Palma de Mallorca: InterSalud; 2010.
18. Morin J, Wiktorsson S, Marlow T, Olsen PJ, Skoog I, Waern M. Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: a comparison study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21(2):196-203.
19. M. S. Acedo Gutierrez et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica* 12 de Octubre. 4a ed
20. Nieto Rodríguez E. *La conducta suicida en los ancianos. La conducta suicida*. Madrid: Editorial Libro del Año. 1997; 197-209.
21. Pérez Barrero SA. Factores protectores del comportamiento suicida en el anciano. *Revista Latinoamericana de Gerontología*. Noviembre de 2004. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=253>.
22. Rurup ML, Pasman HR, Goedhart J, Deeg DJ, Kerkhorr AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Understanding why older people develop a wish to die: a qualitative interview study. *Crisis*. 2011;32(4):204-216.
23. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health*. 1988;78(1):78-80.
24. Van Order K, Conwell Y. Suicides in late life. *Curr Psychiatry Reo*. 2011;13(3): 234-241.
25. Vidal DA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Aletheon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 1999;8(2):103-112.
26. Zweig RA, Hinrichsen GA. Factors associated with a suicide attempts by depressed older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 1993;150(11): 1687-1692.