

# **ARTÍCULOS DE PSICOLOGÍA**



## **CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES SUICIDAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE RISARALDA, AÑOS 2005-2011**

### **CHARACTERIZATION OF ELDERLY SUICIDE RISARALDA METROPOLITAN AREA, YEAR 2005-2011**

*José Adalberto Rodríguez Escobar<sup>1</sup>*  
*Maria Fernanda Calderón Restrepo<sup>2</sup>*  
*Katherine Bocanegra Díaz<sup>2</sup>*  
*Valentina Gallego García<sup>2</sup>*

#### **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación, fue caracterizar los adultos mayores suicidas del área metropolitana de Risaralda entre 2005-2011. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo – descriptivo y transversal, recurriendo a las bases de datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, seccional Risaralda. En el periodo estudiado se presentaron 41 casos (95% hombres y 5% mujeres), de los cuales Pereira aportó el 73.1% de los casos. De estos, el 46.4% recurrió al ahorcamiento y 26.9% al arma de fuego. Otros datos indican que el 78.1% de los decesos ocurrió en la vivienda y que la escolaridad es de un 43.8% para quienes realizaron estudios primarios y el 7.3% estudios secundarios. Por otra parte, marzo fue el mes predominante con el 19.5%, seguido de septiembre con 17.1%. Del total, prevalecieron los casados aportando el 36.6% de los casos. La tasa para los 6 años se ubicó en 7.99 x 100.000; 17.47 en hombres y 0.7 en mujeres. La tasa masculina fue directamente proporcional al grupo de edad: 20.27 para el rango de 60-69; 21.21 para 70-79, y 26.06 en el grupo de 80-89 años. Esto deja entrever el riesgo, se infiere que a mayor edad mayor probabilidad de suicidio. Dichas cifras ameritan la realización urgente de programas de prevención para la mitigación de factores de riesgo.

**Palabras clave:** adulto mayor, factores de riesgo, rango de edad, suicidio.

#### **ABSTRACT**

The aim of the present investigation was to characterize suicidal behavior in older adults Risaralda metropolitan area between 2005-2011. To do this, we conducted a quantitative study - descriptive cross-sectional, using the databases of the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, Risaralda branch. In the study period there were 41 cases (95% males and 5% females), of which Pereira contributed 73.1% of cases. The resorted to hanging 46.4% and 26.9% to the firearm. The 78.1% of the deaths occurred in the home. Concerning education, 43.8% had a primary and 7.3% secondary studies. March was the month predominant with 19.5%, followed by 17.1% in September. Married prevailed contributing 36.6% of cases. The rate for six years stood at 7.99 per 100,000; 17.47 in men and 0.7 in women. The male rate was directly proportional to age group: 20.27 for the 60-69 range, 21.21 to 70-79, and 26.06 in the group of

---

1 - Psicólogo, Coordinador Centro de Investigaciones Criminológicas y Observatorio del Delito, Policía Metropolitana de Pereira. email: adalberto.rodri-guez8956@correo.policia.gov.co

2 - Investigadora Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín.

80-89 years. This suggests the risk, it follows that the older more likely to suicide. These figures deserve urgent conducting prevention programs to mitigate risk factors.

**Key words:** Age range, elderly, risk factors, suicide.

Recibido: 7 de noviembre de 2012  
Aceptado: 26 de diciembre de 2012

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es una conducta humana que se ha presentado en todas las sociedades, pero sus características varían de acuerdo a la época, cultura y estructura socioeconómica (Parmet, 2004), planteando múltiples interrogantes en todas las sociedades; prueba de ello es que ha sido abordado desde la filosofía, la literatura, las artes en general y la teología, entre otras (Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte, 2007). En los últimos 150 años, su estudio ha suscitado un gran interés en la biología, la psicología y demás ciencias sociales, aunque todas coinciden en que su etiología es multifactorial (Durkheim, 2004).

Etimológicamente la palabra proviene del latín "sui" que significa sí mismo y "cidium", que significa matar (Forero, 2009). En el informe mundial sobre la violencia y salud (2003), el suicidio se define como "un problema de salud pública, que pocas personas consideran un problema, prefieren no mencionar y hacen un verdadero esfuerzo por ocultar" (Bertolote, 2000). Es de anotar, que el espectro del suicidio es muy amplio: va desde el suicidio consumado y el intento suicida, pasando por la ideación de autodestrucción, la amenaza y el gesto suicida (Valenzuela, 2008).

Según la OMS (2004), el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. A nivel Latinoamericano se ha visto que las tasas de suicidio oscilan entre niveles bajos y medios.

Algunos países han logrado disminuirlas como en el caso de Cuba, pero en otros como El Salvador, Uruguay y Venezuela se nota un incremento progresivo (Taborda y Téllez, 2005). En Colombia las tasas son bajas, aunque en 2001 llegó a 5,04 (Tuesca y Navarro, 2003). De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes en Colombia presentaron la siguiente dinámica: 4,89 para 2000; 5,04, 2001; 4,95, 2002; 4,63, 2003; 4,29, 2004; 4,16, 2005; 4,03, 2006; 4,03, 2007; 4,14, 2008; 4,10, 2009; 4,10, 2010. (González, 2011), lo que indica un salto abrupto a partir del 2002.

Es importante resaltar que, el adulto mayor en esta etapa de su vida generalmente presenta continuas pérdidas de pilares que cimentan la misma, como lo son la muerte del cónyuge, de amigos contemporáneos, la separación de los hijos -nido vacío (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, Klassen, 2006). A lo anterior se le suma la jubilación, pérdida de estatus, la soledad, el aislamiento, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes, la desesperanza ante el desmoronamiento orgánico y la autopercepción de ser una persona inútil, estos factores pueden ser de riesgo, para generar ideación suicida (Sarrate, 2006)

A pesar de las múltiples intervenciones efectuadas para mitigar el suicidio juvenil, y las investigaciones realizadas de este fenómeno en dicha población, son los

adultos mayores quienes presentan las mayores tasas. De acuerdo a lo anterior, se puede inferir que el número de suicidios en este grupo poblacional aumentará en los próximos años, por ello se espera que en el 2030 las cifras dupliquen los datos actuales (Abellan, 2005); razón por la cual es fundamental ahondar respecto a la conducta suicida y posibles factores de riesgo que presentan los adultos mayores suicidas y elaborar planes de intervención orientados a disminuir dicha conducta.

De acuerdo con lo anterior, se realizó el presente estudio carácter cuantitativo, descriptivo y longitudinal, con el propósito de caracterizar el acto suicida y factores asociados en adultos mayores de 60 años, centrado en el Área Metropolitana de Risaralda, en el periodo 2005-2011, mediante el análisis de las variables tales como, sexo, mecanismo de lesión, municipio, lugar, escolaridad mes, estado civil, y rango de edad, en razón a que la región del eje cafetero carece de investigaciones sobre el tema y es necesario realizarlas, ya que estas proporcionan los fundamentos para la creación de planes de promoción y prevención.

## METODOLOGÍA

A través del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Seccional Risaralda, se obtuvo la información de los actos suicidas en el periodo comprendido entre 2005- 2011. También se recurrió a las proyecciones poblacionales elaboradas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, para calcular las tasas de suicidio, por grupos de edad, sexo y municipios en el periodo estudiado.

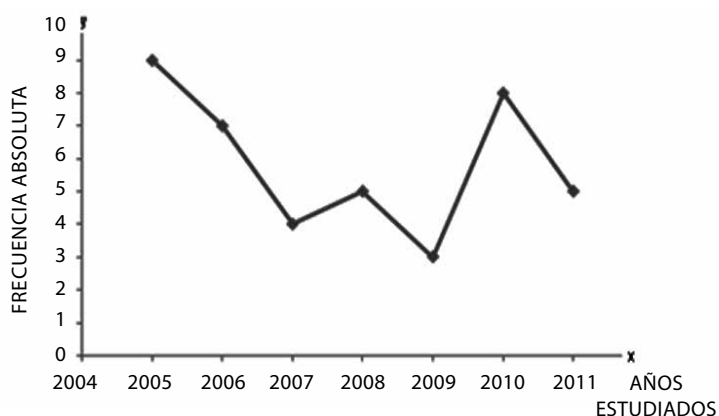
Con base en la información suministrada por el INMLCF, se realizó el análisis de las siguientes variables: sexo, municipio del hecho, estado civil, escolaridad, año y lugar donde se cometió el suicidio y edad. Para el análisis de la variable edad, se agrupó de la siguiente manera: de 60 a 69 años, 70 a 79, y de 80 en adelante.

Por último, la información fue codificada, ordenada, tabulada y analizada; posteriormente se realizaron cálculos estadísticos en el programa Excel 2007, para luego ser interpretados y analizados.

## RESULTADOS

En el periodo 2005-2011, se presentaron 41 suicidios en el Área Metropolitana de Risaralda; 95.2%, perpetrado por hombres y 4.8% restante por mujeres, es decir, hay una relación hombre-mujer 17:1.

De acuerdo al año, el 2005 presentó el 21.9% del total de los casos, seguido de 2010 con 19.5%, y en el 2009 se observa un descenso en las cifras, con un porcentaje de 7.3%. (Figura 1).



**Figura 1:** Frecuencia relativa de los adultos mayores suicidas en el área metropolitana de Risaralda 2005 – 2011.  
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Risaralda.

En el contexto de los municipios, se encontró que en Pereira se cometió el 73.1% de los casos, seguido de Dosquebradas con 24.4% y La Virginia con 2.5%

Al examinar el estado civil, se evidenció que las personas casadas presentaron muertes auto-inflingidas en el 36.6% de los casos, seguido de los viudos con un 19.6%, luego los separados con 14.6%. En menor proporción se encuentran los solteros y las personas en unión libre con 9.7% cada uno, y en el 9.7% de los casos no se encontró información.

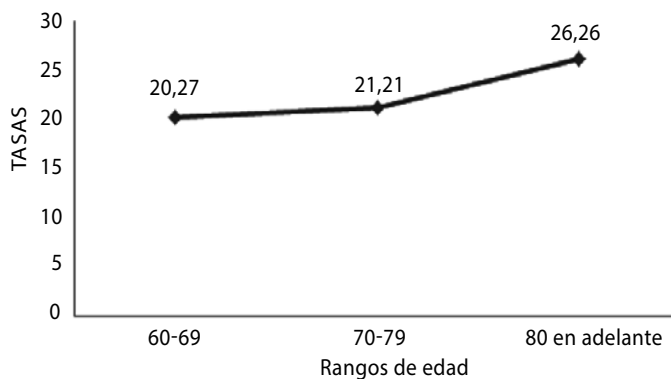
El mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento que aportó un 46.4% seguido del arma de fuego (26.9%) y la intoxicación (12.3%). Las menos comunes fueron la sumersión, la caída de altura, y el arma corto punzante con 4.8%, respectivamente.

Al analizar el lugar en donde se llevó a cabo el acto, se evidenció que la vivienda o recinto cerrado aportó un 78.1%; seguido de la vía pública con un 14.7%. El 4.9% se realizó en zona campestre y sobre el 2.3% restante no se obtuvo información.

En cuanto al mes en que se presentaron los hechos, marzo fue el de mayor proporción con el 19.5%, seguido de septiembre con 17.1%. En noviembre se presentaron el 14.5% de los casos, en abril el 12.8% y en diciembre el 9.6%. Los meses de menor ocurrencia fueron enero, febrero, mayo, junio, julio, agosto y octubre entre los que se registran el 26.5% del total de casos.

Cuando se indagó por la escolaridad, se encontró que el 43.8% correspondió a personas con estudios primarios; 7.3% contaban con estudios secundarios, 4.9% eran universitarios y 4.9% profesionales. En el 39.1% de los casos no se registró esta variable.

Se encontró para los 7 años estudiados una tasa específica de 7.99 x 100.000; pero al discriminar por sexo, se evidenció una diferencia significativa entre hombres y mujeres: los primeros registran 17.47 y las segundas 0.7. Al analizar las tasas por rango de edad y género, se encontró que los hombres tienen una tendencia al aumento: 20.27 para el rango de 60-69; 21.21 entre los 70-79 y 26.06 para los de 80-89. La tasa municipal se distribuye de la siguiente manera Pereira 8.46, Dosquebradas 7.45 y la Virginia 4.13 (Figura 2).



**Figura 2:** Tasas específicas masculinas según el rango de edad de adultos mayores suicidas en el área metropolitana de Risaralda 2005 – 2011.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Risaralda y DANE.

Se realizó un análisis estadístico de la variable de edad, en el que se encontró una media de 71 años, la moda 64 y la mediana 70; los datos anteriores se reafirman con el coeficiente de variación que puntuó en 10.6%, lo que indica que las edades no se encuentran dispersas.

La probabilidad que se cometa el suicidio de acuerdo al rango de edad es de 49% en el rango de 60-69 años, el 34% para edades entre 70-79, y por último las edades de 80-89 con el 17%.

## DISCUSIÓN

En el periodo 2005-2011 se presentaron 41 casos de suicidio conformados por 39 hombres y 2 mujeres. Se encontró que predominan los casados (36.6%), seguido de los viudos (19.6%), separados (14.6%), y unión libre (9.7%). El mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento (46.4%), seguido de proyectil o arma de fuego con (26.9%). Pereira fue el departamento con más registros de suicidio (73.1%). Marzo fue el mes con mayor número de suicidios (19.5%). Con respecto al nivel de escolaridad sobresalen los estudios primarios (43.8%). El 78.1% de los suicidios fueron realizados en la vivienda. La tasa específica se situó en 7.99 x 100.000 habitantes.

Al analizar la distribución por sexo se encontró que el 95.2% de los suicidios fueron realizados por hombres, y el 4.8% por mujeres, lo que indica una relación de 17:1, esta proporción es diferente a la encontrada en la provincia de Badajoz en España en donde se evidencia una relación de 3: 1 (Casado, 2002). La diferencia encontrada en el área metropolitana de Risaralda puede deberse a que los hombres tienen mayor dificultad para expresar sus sentimientos, mientras que las mujeres son más sensibles, expresivas y emocionales (Medina, Mendoza y Muñoz, 2009).

Respecto al mecanismo, se encontró que el ahorcamiento y el arma de fuego fueron los más utilizados por los adultos mayores. Estos resultados se asemejan a los registrados en el año 2008 a nivel nacional, en un informe publicado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que describe el comportamiento suicida. Una de las posibles explicaciones a este hecho consiste en que los hombres eligen suicidarse a través de formas más letales como lo son el uso del proyectil o

arma de fuego y el ahorcamiento; mientras que las mujeres tienden a una preferencia por la intoxicación por agente químico o envenenamiento, métodos que son más demorados en provocar la muerte y tal vez usados como una forma de pedir ayuda o de encontrar a partir de este acto un alto grado de atención (Puentes, López y Martínez, 2004).

Se observó una mayor tendencia suicida en los sujetos casados; estas proporciones difieren a las encontradas en Bogotá y Armenia durante el periodo 2004-2008 (Medina, Cardona y Rátiva, 2010). Por lo cual, es importante resaltar que a partir de los 30 años se observa un aumento en personas casadas, pero el 21.4% separados, el 7.1% viudos, y el 24.4% no presentaba esta información; el registro para solteros y unión libre fue de 0%. Los resultados que se encontraron pueden ser explicados desde Morales y Jiménez (1996) quienes afirman que la relación de pareja conlleva a una serie de riesgos mayores para suicidarse. Por otro lado, las teorías sociales postulan que el ser humano es un organismo, que requiere de la sociedad para construirse, y que generalmente las personas que tienen carencias o pérdidas afectivas, tienden a deprimirse y ya no encuentran un sentido a la vida (Santrock, 2006).

De otro lado, se evidenció que marzo es el mes con más alta tasa de suicidios, representando el 19.5%, seguido de septiembre con el 17.1% y noviembre con el 14.5% cada uno. Estas cifras son similares a las encontradas en Armenia por Medina, Cardona y Rátiva (2010) en donde marzo es el mes en el que predominan los suicidios representado en un 14.7% seguido de abril con el 12.1%. Lo anterior se puede contrastar con lo expuesto por Carrión Fernando (2008), quien afirma que los suicidios aumentan en épocas del año

con más presiones familiares y sociales: julio por ser el fin del año académico y diciembre debido a sus celebraciones.

El escenario que predominó para la realización del acto fue la vivienda o recinto cerrado con el 78.1%; seguido de la vía pública con un 14.7%. Las cifras mencionadas son similares a las presentadas en un informe sobre la conducta suicida para el hospital VI de Bosa (2008), en donde el 73.5% de los casos se realizó en la vivienda y el 7.7% en una vía pública; esto puede ser explicado por Manrique (2002), quien afirma que la vivienda proporciona un alto grado de privacidad para la realización del acto suicida.

El consumo de sustancias psicoactivas es otro factor que puede estar relacionado con la conducta suicida. Se estima que los consumidores de heroína tienen un riesgo 20 veces mayor de cometer suicidio, los de cocaína 7 y 5 para los consumidores de bazuco (ISSQ 2008). La Dirección Nacional de Estupeficientes (2009) encontró que se estima que en Risaralda 8.7% de los habitantes presentan abuso o dependencia de alguna sustancia ilícita, estas cifras indican una posible relación con el comportamiento suicida en esta área.

También se encuentran entre los posibles factores de riesgo como el anteriormente mencionado, las situaciones de desastres naturales que desatan sentimientos de incapacidad, depresión, ansiedad y estrés que deben recibir intervención inmediata ya que con el paso del tiempo pueden desencadenar comportamientos patológicos en los individuos que presenciaron el suceso, tal como lo refiere Krug (1998); es por esta razón que no se debe descartar la posibilidad de que los suicidios registrados estén influenciados por el terremoto ocurrido en 1999 que afectó

enormemente las ciudades de Armenia (Quindío) y Pereira (Risaralda).

La OMS (1976) afirma que la depresión se sitúa como la primera causa de muerte del acto suicida, es decir, es un estado que se encuentra estrechamente relacionado con el fenómeno. En el centro de bienestar de ancianos San José de Pereira se evaluó el nivel de depresión de los adultos mayores a partir de la escala de depresión geriátrica de Yesavage; se encontró que el 44% de los adultos presentan depresión moderada y un 11% se ubican en un estado de depresión severa. Encontrándose que en el 66.6% de los adultos predominan los síntomas depresivos (Trujillo, 2009). Las cifras anteriores pueden explicar en parte las altas tasas de suicidio encontradas en el presente estudio.

Es importante resaltar que existen factores externos influyentes en la realización del acto suicida en el adulto mayor, tales como, pérdidas tanto económicas como familiares, estrés, problemas interpersonales, pérdida de status y roles, rechazo por parte de sus familiares, la soledad, el aislamiento afectivo, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes, la jubilación y la discriminación social (Santrock, 2006). La interacción de los factores anteriores crea en el individuo una serie de emociones que pueden abocar a una visión negativa de sí mismo y del mundo, ocasionando así que no se proyecte hacia el futuro y por lo tanto un desinterés por la vida (Reyes y Trujillo, 1999).

Reyes (1998), encontró que el 95% de los adultos mayores tiene arraigadas creencias religiosas. Posiblemente las altas cifras de devotos en este rango de edad se encuentren relacionadas con sentimientos negativos desencadenados en la pérdida de fuerza y tradición que ha tenido la semana santa; estos días ya no se asocian con los rituales de la conmemoración cristiana sino



con unas merecidas vacaciones, lo que puede ser motivo de decepción, ansiedad y depresión en los ancianos que pueden ser asociados al suicidio.

### **CONCLUSIONES**

Con base en los resultados obtenidos, se concluye que el acto suicida se presenta en mayor proporción en hombres, como se evidencia en los porcentajes de 95.2% para el género masculino y 4.8% para el femenino. En lo que respecta al período estudiado, se encuentra poca variación de un año a otro; en la variable municipio las cifras más altas corresponden a la ciudad de Pereira, seguida de Dosquebradas y la Virginia. En las variables de estado civil, lugar y mecanismo, los actos suicidas son realizados en mayor proporción por personas casadas (36.6%), con frecuencia se ejecutan en lugares cerrados como la vivienda (78.1%), y se hace uso de mecanismos letales como el ahorcamiento (46.4%).

Ahora bien, se evidencia que a mayor edad mayor probabilidad de suicidio, para lo que es necesario realizar en la población adulto mayor del área metropolitana de Risaralda programas de intervención; además de la promoción de factores protectores y prevención en riesgo suicida, así como, efectuar actividades encaminadas en la psicoducción con el fin de, potenciar en ellos factores protectores que permitan reducir y/o mitigar factores de riesgo.

## REFERENCIAS

- Abellán, A. (2005). El suicidio entre las personas de edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1): 65-67. Recuperado de: [www.nexusediciones.com/pdf/gero2005\\_1/g-15-1-015.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_1/g-15-1-015.pdf)
- Bertolote, J. (2000). Prevención del suicido ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?, *Departamento de Salud Mental y Toxicomanías*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/survivors\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf)
- Carrión, F. (2008). El suicidio en la seguridad ciudadana. *Revista Ciudad Segura*, Vol. 1 (26): 4-6. Recuperado de: [http://works.bepress.com/fernando\\_carrion/232](http://works.bepress.com/fernando_carrion/232)
- Casado, M. (2002). Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal. *Cuaderno de Medicina Forense*, 28: 25-31. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-6062002000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-6062002000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Cendales, R. Vanegas, C. Fierro, M. Córdoba, R. Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia 1985–2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 22 (4): 231–8. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000900002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000900002&script=sci_arttext&tlng=es)
- Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008: Informe final*. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes. Recuperado de: <http://www.corazonesresponsables.org/EstudioNalCompletoPsicoactivas.pdf>
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio*. Octava edición. México: ediciones Coyoacán
- Forero, J. (2009). Programa presidencial “Conductas suicidas en Latinoamérica”. *Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL]* Recuperado de <http://www.apalweb.org/docs/programasuic.pdf>
- González, J.O. (2011). Suicidios. Ee: *Forensis 2011: Datos para la vida*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá.
- Hospital Pablo VI. (2010). Informe de la conducta suicida en el Hospital Pablo VI, i Bosa. (2010), Bogotá. Recuperado de: [http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/FINANCIERA/RENDICION\\_CUENTAS.pdf](http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/FINANCIERA/RENDICION_CUENTAS.pdf)
- Instituto Seccional de Salud del Departamento del Quindío, [ISSDQ]. (2008). *Caracterización de la población consumidora de heroína: Quindío. Diagnóstico por uso, abuso y dependencia 2006 – 2007*.
- Krug, E. Kresnow, M. Peddicord, J. Damlberg, L. Powell, K. Crosby, A. (1998). El suicidio

- después de ocurrir desastres naturales. *N. England*, (3389): 373-380. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_6\\_00/resumed600.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_6_00/resumed600.pdf)
- Manrique, R. Ochoa, F. Fernández, L. Escamilla, R. y Vélez, E. (2002). Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *Revista CES Medicina*, Vol. 16 (3): 7-17. Recuperado de: <http://bdigital.ces.edu.co/ojs/index.php/medicina/article/viewArticle/637>
- Medina, O. Cardona, D. Rátiva, S. (2010). Caracterización del suicidio en Armenia - Colombia: 2004 – 2008. *Orbis, Revista científica electrónica de ciencias humanas*. 15(5): 76-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/src/inicio/artPdfred.jsp?iCve=70916420005>
- Medina, O. Mendoza, M. Muñoz, C. (2009), Prevalencia del suicidio femenino en el Quindío: 1989-2008. *Psicogente*, 12 (22): 358-368. Recuperado de: <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/view/183/186>
- Morales, M. Jiménez, I. (1996), El suicidio desde la perspectiva forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25 (1): 29-37. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/el%20suicidio%20desde%20la%20perspectiva%20forense.pdf>
- OMS. (1976). El suicidio y los intentos de suicidio. Ginebra, *Cuadernos de Salud Pública*, No.58. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHOPHP58\(part1\)spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHOPHP58(part1)spa.pdf)
- OMS. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.htmloms>
- Parmet, S. (2004). Suicidio en personas de edad avanzada. *JAMA*.; 291 (9):11-58. Recuperado de: <http://jama.ama-ssn.org/content/suppl/2004/03/10/291.9.1158.DC1/pdfpat030304.pdf>
- Puentes, E. López, L. Martínez, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 16 (2): 102-109. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004000800005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004000800005&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Reyes, W. Trujillo, O. (1999). Intento suicida del anciano en un área de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 15 (5): 509-515. Recuperado de: [http://scielosldcu /scielo.php?pid=S0864-21251999000500003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielosldcu /scielo.php?pid=S0864-21251999000500003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Reyes, A. (1998). Importancia de la religión en los ancianos, *Colombia Médica*. Vol. 29 (4): 155-157. Universidad del valle, Cali , Colombia, pp. 155-157. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28329409.pdf>
- Santrock, J. (2006), *Psicología del desarrollo: El ciclo vital*. Barcelona: Mc.Graw-Hill. 10ª Ed. España, p. 610, 664.

- Sarrate, M. (2006). *Atención a las personas mayores: intervención práctica*. Editorial Universitas. 2006. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1350/135012681018.pdf>
- Taborda, L. Téllez, J. (2005). *El suicidio en cifras*. Recuperado de: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/2-EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf>
- Trujillo, S. (2009). Atención psicológica en el Centro de Bienestar de ancianos San José de Pereira. Universidad Católica Popular de Risaralda, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Pereira – Risaralda. recuperado de: <http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/203/1/completo.pdf>
- Tuesca, R. Navarro, E. (2003),. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17: 19-28. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/817/81701703.pdf>
- Valenzuela, D. (2008). *Suicidio Colombia 2008*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 191-215. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/drip/2008/6%20Forensis%202008%20suicidio>
- Zavala, M. Vidal, D. Castro, M. Quiroga, R. Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Revista Ciencia y Enfermería*, 12 (2): 53-62. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext)