



## ESTUDIO DEL RIESGO SUICIDA EN UN GRUPO DE MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

**Dra. Ramona Rubio Herrera Gisella Magagna Ariano, Dra. Inmaculada de la Fuente Solana, Isabel Jiménez López, Joaquín Bish Merchán, Cristina Dumitrache**  
Universidad de Granada

### RESUMEN

El acusado crecimiento de la población anciana trae consigo una serie de modificaciones en las estructuras políticas, sociales y sanitarias de cada país. Junto a este crecimiento se presenta también el reto de hacer frente a nuevas problemáticas como las coberturas sociales, la participación social de los mayores o aquellos relacionados con la salud mental como el suicidio. La presente investigación se realizó en un grupo de cien mayores institucionalizados de tres residencias de la provincia de Granada. El objetivo general fue describir la prevalencia con que se presenta la conducta suicida en personas mayores institucionalizadas en residencias de la provincia de Granada. Se consideraron variables como: edad, género, nivel cultural, estado civil, tiempo de estancia en la residencia, frecuencia de visitas y persona que las realiza, diagnóstico médico, capacidad funcional y percepción de salud. Se utilizaron como instrumentos de evaluación el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo y la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida. Los resultados indican que la presencia de riesgo suicida en el grupo estudiado se presenta con alta prevalencia y está asociado a la percepción del sujeto sobre su propia salud.

**Palabras claves:** vejez, institucionalización, riesgo suicida, percepción de salud, conducta suicida.

### ABSTRACT

The percentage of elderly is growing dramatically lately. This implies a number of changes in political, social and health structures. At the same time, we have to cope with the challenge of new issues such as social security, social participation and situations related to mental health such as suicidal behavior. The sample of this study was 100 institutionalized older adults of three nursing homes from the province of Granada. The principal aim was to describe the prevalence of suicidal behavior between institutionalized elderly. With this purpose we studied age, gender, education, marital status, time of permanence in the nursing home, visits he/she receives and who visits them, medical diagnosis, functional capacity and subjective health perception in their implication for suicidal behavior. The instruments used were Mini Mental State Examination- MMSE (Spanish version) and Suicide Risk Scale



## ESTUDIO DEL RIESGO SUICIDA EN UN GRUPO DE MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

(Spanish version). The results show a high presence of suicide risk related to subjective health perception.

**Key words:** Aging, institutionalization, suicide risk, perceive health, suicidal behavior.

### INTRODUCCIÓN

La conducta suicida va desde los pensamientos de desesperanza hasta el suicidio consumado, pasando por la conducta autodestructiva indirecta y autolesiones deliberadas.

Dentro de los principales modelos psicológicos, encontramos que la perspectiva cognitivo-conductual plantea que el suicidio brota como consecuencia de la perseverancia de sentimientos de desesperanza en conjunción con la idea de que las dificultades corrientes son intolerables, o a consecuencia del deseo de manipular rápidamente o controlar la situación frustrante o amenazadora, manteniendo una visión de falta de apoyo o de escasos mecanismos de manejo alternativo. De esta forma, el propósito del suicidio es buscar una solución a lo que se percibe como un dolor psicológico intolerable.

Los individuos con tendencia suicida sienten desesperanza y frustración, se sienten incapaces de resolver su dilema y no creen que otros sean capaces de ayudarles. Son personas que muestran una gran incapacidad para resolver problemas.

Aludiendo a la triada cognitiva propuesta por Beck (1967), encontramos que las personas con intentos suicidas adoptan una perspectiva negativista de sí mismos (incapacidad, inmerecedores de amor, inadecuados), del mundo - de sus relaciones con los otros - (obstáculos, rechazo de los demás) y del futuro (dificultades continuas, baja capacidad de control).

En la investigación realizada por Dieserud, Roysamb, Ekebera, y Kraft, (2001), refieren que el modelo estrés-vulnerabilidad y los déficits en la resolución de problemas están altamente relacionados con los intentos de suicidio. Encontraron una relación significativa entre desesperanza, depresión e intento suicida. El déficit en solución de problemas resultó ser un predictor potencial de la ideación y la conducta suicida, principalmente a través de su influencia en la desesperanza.

Partiendo de lo anteriormente mencionado comprendemos que para el suicida, el acto siempre es lógico, ya que desde su visión no existe otra solución más allá de la muerte.

La conducta suicida en los ancianos está relacionada con depresión, soledad y estresores de vida, como son las enfermedades físicas. El suicidio en esta etapa de vida puede ser impremeditado e impulsivo, a veces precipitado por acontecimientos menores que no alteran a la familia. Como principales factores de riesgo encontramos: ser hombre mayor de 75 años; raza blanca; bajo nivel socio-económico (pobreza); aislamiento social; historia familiar de suicidio; conflictos familiares; estresores de vida (severos y recientes); presencia de trastorno(s) mental(es), especialmente depresión, así como, alcoholismo y ansiedad; determinados rasgos de personalidad, autosuficiencia y dificultad para solicitar y aceptar ayuda (Guerra, 2003).

La tendencia actual del envejecimiento de la población general, al menos en el continente europeo, hace anticipar que los tramos de edades superiores a los 65 años van a constituir un problema real de salud pública en relación al tema de suicidio. Sarró y de la Cruz (1991) refieren que en todos los países occidentales el suicidio aumenta con la edad, siendo más frecuente en los grupos de edad avanzada.

El suicidio es actualmente una de las diez principales causas de muerte entre los mayores. El índice es del 12 por 100.000 en la población general, pero por encima de los 65 años es del 17 por 100.000, cerca de un 53% más. Mientras que en la población general, hay 100 intentos por cada caso consumado, entre los mayores casi el 80% de los que amenazan lo consuman. Por lo tanto, para algunos autores los ancianos tienen más de un 50% de probabilidad de suicidarse que adultos jóvenes. En España, se ha detectado un incremento en la incidencia de suicidios, encontrándose la franja de edad



## CONTEXTOS EDUCATIVOS ESCOLARES: FAMILIA, EDUCACIÓN Y DESARROLLO

por encima de los 64 años. El informe 2006 (IMSERSO, 2006) nos muestra que en el año 2005 se registró un 16,7% de suicidios en personas mayores.

Es importante constatar que los viudos ancianos son considerados como uno de los grupos más frágiles y de alto riesgo. Algunos autores ponen en evidencia una alta mortalidad de los nuevos viudos durante los primeros 6 meses de viudez y una baja gradual con el paso del tiempo (Andrian, 1999).

En los mayores, los factores desencadenantes de la ideación suicida y del consumir un suicidio serían la presencia de una enfermedad orgánica, temor a dependencia o institucionalización, muerte de la pareja, jubilación, relaciones patológicas, dependencia de alcohol u otras sustancias, y los deseos de escapar de una situación intolerable, entre otros. (Sarró y de la Cruz, 1991). El tipo de acontecimiento vital más frecuente que precede al suicidio es una enfermedad física (Heikkinen y Lönnquist, 1995; Agüera, 1996). Según Conwell (2000) ésta puede desencadenar el suicidio debido a la limitación funcional, que es un predictor de suicidio según un reciente estudio realizado en casos y controles (Conwell, Lyness, Duberstein, Cox, Seidlitz, DiGiorgio y Caine, 2000). Los ancianos con intento suicida tienen una mayor prevalencia de enfermedades físicas respecto a los suicidas de menor edad. Adicionalmente, también se ha comprobado que sufre mayor número de problemas físicos que los ancianos sin intento o conducta suicida (Barrclough, 1971). La presencia del dolor emerge como un condicionante de importancia en el contexto de la enfermedad física que precede al suicidio (Rodríguez, Sierra, Doreste, García y Gonzáles, 1992; Catell, 1988).

Por lo tanto, actualmente, se acepta que existe un mayor riesgo suicida en el anciano, debido a factores como la presencia de fatiga vital, deseos de morir, percepción de soledad, conflictos familiares, problemas económicos, déficit de autocuidados, diferentes tipos de pérdidas, presencia de pluripatologías, y gran penetración de patología psiquiátrica.

De los estudios relacionados con el tema, encontramos el que De la Serna (1998) realiza con los pacientes mayores de 65 años que ingresaron por un intento de suicidio en la Unidad de Psiquiatría del Hospital "Ramón y Cajal" de Madrid, a lo largo de 4 años consecutivos, siendo éstos el 28% del total de los ancianos ingresados. Se analizaron las características sociodemográficas de edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico. Asimismo, se consideraron antecedentes psiquiátricos, enfermedades somáticas concomitantes e intentos previos de suicidio. Se encontró un predominio de mujeres con el 63.4% del total. La edad media fue de 73 años. Se observó una relación con la enfermedad somática importante en el 65.85% de los casos, así como con el estrés próximo en el 82,9%. Hubo intentos previos en un tercio de los casos. En los diagnósticos predominaron los trastornos depresivos 70.71%, y los trastornos delirantes 9,75%.

Entre otros estudios interesantes destaca el de Links, Heisel y Quastel en 2005. Estudiaron si la ideación suicida podría ser considerada como un punto sucedáneo para el suicidio geriátrico. Su objetivo era estudiar la validez del tratamiento de la ideación suicida como un punto sucedáneo que puede servir como una aproximación a la intervención clínica del suicidio. Consideraron dos criterios: la ideación suicida está modulada por la intervención propuesta y esta modulación lleva a una reducción cuantitativa de los niveles de suicidio. El análisis mostró modesta evidencia de la ideación suicida como un punto sucedáneo del suicidio geriátrico.

Por último encontramos que Rowe, Conwell, Schulberg y Bruce en 2006 investigaron la relación entre el apoyo social y la ideación suicida en mayores que utilizan los servicios de salud a domicilio. Los participantes fueron seleccionados de forma aleatoria. Se evaluaron a un total de 522 mayores. El apoyo social subjetivo y objetivo fueron evaluados usando medidas de la red social, interacciones sociales, soporte instrumental y percepción del soporte social; la ideación suicida se midió utilizando ítems de la Entrevista clínica Estructurada del DSM – IV y la Escala de Depresión de Hamilton. Entre los resultados se encontró a través del análisis bivariado que ni el tamaño objetivo de la red social ni el soporte instrumental estaban asociados con la ideación suicida. Sin embargo, el bajo soporte social estaba significativamente relacionado con la ideación suicida. Asimismo, obtuvieron que la satisfacción con las relaciones que se mantenían con amigos y familiares, tiene una relación inversa con la presentación de



## ESTUDIO DEL RIESGO SUICIDA EN UN GRUPO DE MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

ideas suicidas. Los resultados sugieren que la percepción del soporte social es un constructo importante a tener en cuenta en futuras investigaciones.

El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de la conducta suicida en personas mayores institucionalizadas en residencias de la provincia de Granada. Asimismo, se estudia la relación entre dicha conducta suicida, algunas variables sociodemográficas y la variable autopercepción de salud.

### MÉTODO

#### Participantes

Se utiliza una muestra de 100 participantes, seleccionados mediante un muestreo intencional de tres residencias de mayores de la provincia de Granada, entre los que se encontraban 68 mujeres y 32 varones

#### Variabes y diseño de la investigación

Diseño descriptivo, ex post facto y transversal. Las variables que se han considerado son: Sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, tiempo de estancia en la residencia, frecuencia con la que es visitado y por quién, diagnóstico médico y/o psiquiátrico, capacidad funcional y autopercepción en salud.

#### Instrumentos

En primer lugar se aplicó el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (Lobo, a. y cols., 2002), para así seleccionar aquellas personas ancianas que presentaban un estado cognitivo que les permita continuar la entrevista. Posteriormente se aplicó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Adaptación Española) (Plutchik, 1998).

#### Procedimiento

Una vez determinados los centros destinados para la selección de la muestra se procedió a entrevistar de forma individual a cada una de las personas. Las personas que participaron en el estudio no pudieron ser seleccionadas al azar, debido a que las personas responsables solicitaron la posibilidad de seleccionarlas. Se aplicó en primer lugar el Test de Lobo para determinar el estado cognitivo del mayor. Al constatar que la persona podría seguir la siguiente entrevista se procedía a la recolección de datos socio-demográficos, posteriormente la aplicación de la escala principal de esta investigación.

### RESULTADOS

Tabla No.1

#### Análisis de la frecuencia del riesgo suicida a través de estadísticos descriptivos

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin riesgo	59	59,0	59,0	59,0
Con riesgo	41	41,0	41,0	100,0

N = 100



## CONTEXTOS EDUCATIVOS ESCOLARES: FAMILIA, EDUCACIÓN Y DESARROLLO

La tabla N°1 muestra una frecuencia de 59% de personas que no presentan riesgo suicida mientras que 41% restante presenta algún nivel de riesgo.

Con respecto a la edad ( $X^2 = 6,36$ ); género ( $X^2 = 2,09$ ); nivel cultural ( $X^2 = 4,29$ ); estado civil ( $X^2 = 6,10$ ); estancia en la residencia ( $X^2 = 1,66$ ); frecuencia de visitas ( $X^2 = 5,63$ ); persona que visita ( $X^2 = 3,26$ ); diagnóstico médico ( $X^2 = 17,72$ ); estado funcional ( $X^2 = 0,76$ ) y funcionamiento cognitivo ( $X^2 = 4,80$ ), no presentan una relación significativa con el riesgo suicida. En el caso del diagnóstico médico, se observa una puntuación cercana al nivel de significación  $p < .1$

Tabla No.2

**Análisis de la relación entre el riesgo suicida y la percepción en salud a través de tablas de contingencia y estadístico chi cuadrada**

Variable	Excelente	Buena	Regular	Mala	
<b>s</b>	<b>N = 3</b>	<b>N = 36</b>	<b>N = 40</b>	<b>N = 21</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Sin riesgo</b>	3	30	20	6	
<b>Con riesgo</b>	0	6	20	15	
					20,27***

\*  $p < .05$     \*\*  $p < .01$     \*\*\*  $p < .001$

N = 100

Como nos muestra la tabla N°2 existe una relación estadísticamente significativa entre la percepción de salud y el riesgo suicida ( $X^2 = 20,27$ ,  $p < .000$ ). Al observar la tabla de contingencia encontramos que a medida que la autopercepción en salud empeora incrementa el número de personas que presentan riesgo suicida.

### Discusión:

Podemos afirmar que el nivel de riesgo suicida en la muestra ha alcanzado un grado bastante alto. Con los presentes datos tenemos que hasta un 41 por ciento de los ancianos entrevistados se encuentran en situación de riesgo suicida. Ahora bien, es cierto que no podemos encontrar el punto a partir del que podríamos asegurar que cantidad de los sujetos van a llegar a realizar alguna tentativa de suicidio, tal como afirman Plutchik, (1998); Calvo, Sánchez y Tejada, (2003). Coincidimos con las diferentes afirmaciones que aseguran que desde hace tres décadas, la población con edad de 60 años y más han tenido (y están teniendo) los más altos ratios de suicidio, seguidos por el grupo de adolescentes.

Al observar la probable relación entre el nivel de riesgo suicida y el diagnóstico médico, nos encontramos con que la chi cuadrada no es significativa, si bien se acerca en gran medida a lo que podríamos denominar una relación significativa. Con esto pretendemos plantear que es muy probable que la enfermedad resulte ser un factor relacionado con la conducta suicida, ya que al analizar la tabla de contingencia vemos que las personas que presentan una enfermedad psiquiátrica, enfermedad cardíaca o bien una



## ESTUDIO DEL RIESGO SUICIDA EN UN GRUPO DE MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

pluripatología, tienen un mayor nivel de riesgo. No obstante, con los resultados obtenidos, no podría conocerse si es consecuencia de la enfermedad propiamente dicha, o bien el hecho de que existan varias enfermedades en la persona a la vez, o bien por las limitaciones que perciba la persona como consecuencia del padecimiento de las mismas. Encontramos que, a través de la literatura, diferentes autores han señalado a las enfermedades como uno de los principales factores de riesgo, como por ejemplo Valente (1993-1994), el cuál afirma que la enfermedad física es una de las mayores causas de suicidio en los ancianos, y más aún cuando ésta envuelve una pérdida de movilidad, de independencia, de control y/o de autoestima. Asimismo, Heissel y Flett (2005) refieren que el reporte de problemas de salud es una medida de la validez de constructo y de criterio para la evaluación del riesgo suicida en mayores. Otros como Sarró y De la Cruz (1991); Heikkinen y Lönnquist, (1995); Agüera, (1996); Diederud, Roysamb, Ekebera, y Kraft, (2001), entre otros, también destacan la enfermedad física como un principal factor de riesgo para el suicidio. Waern, Rubenowitz y Wilhelmson (2003), refieren que la gran mayoría de los suicidios en la vejez, se encuentran asociados con los desórdenes mentales, y especialmente con la depresión.

La percepción de la salud resulta mantener un grado alto de relación con la variable nivel de riesgo suicida. Así, quienes manifiestan poseer una salud excelente no presentan riesgo, y aquellos que tienen una autopercepción buena de su salud y se encuentran sin riesgo suicida prácticamente quintuplican a los que si lo tienen. Pero en lo que respecta a aquéllos que manifiestan tener una salud regular se encuentran en una proporción parecida entre quienes presentan nivel de riesgo suicida y los que no, mientras que los que manifiestan su salud como mala, los índices de riesgo suicida son más del doble de los que no lo tienen. Podemos encontrar que diferentes autores corroboran nuestro hallazgo, entre los que podemos destacar a Rodríguez, Sierra, Doreste, García y González (1992), que encontraron que la presencia de dolor emerge como un condicionante de importancia en el contexto de la enfermedad física que precede al suicidio. Este fue un hallazgo también reportado en años anteriores por Cattell (1988). A pesar de no haber sido una variable registrada en nuestra investigación, sí podemos aportar que a lo largo del desarrollo de la investigación, muchos de los sujetos entrevistados comentaban que poseían una salud regular o mala, siendo asociada comúnmente a los momentos de dolor que vivían. Es por este motivo por lo que creímos importante resaltar lo mencionado por los autores anteriores.

Por su parte, Uncapher y colaboradores (1998) refieren que los factores cognitivos, como la percepción de tener una salud pobre y unas expectativas negativas hacia el futuro, pueden mediar la relación entre las variables de salud, los síntomas depresivos y el riesgo suicida. Como hemos mencionado anteriormente, si este factor es importante, lo cierto es que unido a la desesperanza puede llegar a provocar un alto nivel de riesgo de suicidio (Uncapher, Gallagher Thompson, Osgood, Bongar, 1998). Así, un primer factor de importancia en la aparición de ideaciones suicidas puede estar dado por la percepción, ya se real o irreal, de un futuro sin expectativas, personales o colectivas, en el que el suicidio puede ser la "lógica respuesta a los sentimientos de estar atrapados en un presente que no sirve de anclaje para un futuro esperanzado y valioso". Por lo tanto, la desesperanza juega un papel importante en lo que se refiere a la ideación y a la conducta suicida. Así lo comentan algunos autores, como Beck, Brown, Berchick, Stewar, Gibbons y Coryell (1990); Hind, Geroge, Snack, Mann, Reynolds (1994); Salvarezza (2002), entre otros.

Así, podríamos determinar que, a peor percepción de salud, existe un mayor nivel de riesgo de conducta suicida.

## REFERENCIAS

- Anía, B., Chinchilla, E., Suárez-Almenara, J. y Irurita, J. (2003). Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(3):170-174.



## CONTEXTOS EDUCATIVOS ESCOLARES: FAMILIA, EDUCACIÓN Y DESARROLLO

- Andrian, J. (1999). "Suicide des personnes âgées ». Citado en L. Salvarezza, *Psicogeriatría: Teoría y Práctica*, (pp. 311-312). Buenos Aires: Paidós.
- Agüera, L. (1996). ¿Cuál es la relación entre la depresión y el suicidio en el anciano? En A. Calcedo (Ed.), *La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales* (pp.812-834). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Barracough, B. (1971). Suicide in the elderly. En: Kay DWK, Walk A. Recent developments in psychogeriatrics. Citado en A. Calcedo (Ed.), *La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales* (pp.186, 187, 196). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. y Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. Citado en A. Calcedo (Ed.), *La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales* (pp.190). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Calcedo, A. (Ed.). (1996). *La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Calvo, J., Sánchez, R. y Tejada, T. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 123-144.
- Catell, H. (1988). Elderly suicides in London: an analysis of Coroner's inquests. Citado en A. Calcedo (Ed.), *La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales* (pp.186, 189). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Conwell, Y., Lyness, J., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., y Caine, E. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. Citado en R. Jacoby y C. Oppenheimer, *Psiquiatría en el anciano* (pp.607). Barcelona: Masson
- De la Serna, P. (1998). Los intentos de suicidio como causa de ingreso en los ancianos. *Geriátrica*, (14): 21-26.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., y Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide & Life – threatening Behavior*, 31(2), 153-168.
- Freeman, A. y Reinecke, M.: (1995) "Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida". Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Guerra, M. (2003). Depresión en el adulto mayor. En L. Varela (Ed.), *Principios de geriatría y gerontología*, (pp. 349-358). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Heikkinen, H. y Lönnqvist, J. (1995). Recent life eventos in elderly suicide: A nation Wide study in Finland. Citado en R. Jacoby y C. Oppenheimer, *Psiquiatría en el anciano* (pp.607). Barcelona: Masson
- Heisel, M., Flett, G., Duberstein, P. y Lyness, J. (2005). Does the Geriatric Depression Scale (GDS) Distinguish Between Older Adults With High Versus Low Levels of Suicidal Ideation? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 876–883.
- Hind, A., George, C., Stack, J., Mann, J., Reynolds III CF. (1993). Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. Citado en A. Calcedo (Ed.), *La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales* (pp.190). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Jacoby, R., y Oppenheimer, C. (2005). *Psiquiatría en el anciano*. Barcelona: Masson
- Links, P., Heisel, M. y Quastel, A. (2005). Is Suicide Ideation a Surrogate Endpoint for Geriatric Suicide? *Suicide & Life - Threatening Behavior*; 35 (2), 193 – 205.
- Millán, J. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid, McGraw – Hill Internacional.
- Plutchik, R. (1998). Evaluación y predicción del suicidio. *Archivos de Neurobiología*, 61(2): 93-106.
- Rodríguez, F., Sierra, A., Doreste, J., García, R. y Gonzáles, J. (1992). Suicide in the Canary Islands: standardized epidemiological study by age, sex and marital status. Citado en A. Calcedo (Ed.), *La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales* (pp.189). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.



## ESTUDIO DEL RIESGO SUICIDA EN UN GRUPO DE MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

- Rowe, J., Conwell, Y., Schulberg, H. y Bruce, M. (2006). Social Support and Suicidal Ideation in Older Adults Using Home Healthcare Services, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 758-766.
- Sarró, B. y De La Cruz, C. (1991). Suicidios. Barcelona: Martínez Roca.
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría: Teoría y Práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Uncapher, H., Gallagher-Thompson, D., Osgood, N., y Bongar, B. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *The Gerontologist*, 38(1), 62-70.
- Valente, S. (1993-1994). Suicide and elderly people: Assessment and intervention. *Omega*, 28(4), 317-331.
- Waern, M., Rubenowitz, E., y Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334.

*Fecha de recepción: 28 febrero 2009*

*Fecha de admisión: 19 marzo 2009*