

Prevalencia de suicidio en la población gerontológica de Puerto Rico, periodo de 1980-2006

Suicide prevalence in the gerontological population of Puerto Rico, 1980-2006 period

José Rodríguez Gómez¹

RESUMEN

El presente estudio tiene carácter retrospectivo epidemiológico y presenta las tasas de prevalencia de suicidios ocurridos en la isla de Puerto Rico en el periodo de 1980 a 2006. El estudio da continuidad a los esfuerzos pioneros realizados en investigaciones anteriores para conocer cómo el fenómeno de suicidio se ha comportado en la población anciana de Puerto Rico. Al efecto, se compararon las tasas de suicidio entre los ancianos de 65 años en adelante y de 64 años o menos. Se calculó el índice de productos cruzados en el periodo y se computó el promedio de dicho índice. Se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de suicidio entre la población anciana. Se concluye que la población de ancianos ha tenido en promedio el doble de riesgo de suicidio que la población puertorriqueña más joven.

Palabras clave: Suicidio; Ancianos; Puerto Rico; Epidemiología.

ABSTRACT

This retrospective epidemiology study presents the suicide prevalence rates in Puerto Rico during the period 1980 to 2006. The study gives continuity to the pioneer research efforts made by previous investigations done in the island to identify how the suicide phenomenon has behaved in the elderly population. Suicides comparisons rates between two groups (65 years and older and 64 years and younger) were done. The odds ratio index and the average in the period were calculated. Results show significant differences in the suicide prevalence among such population. It is concluded that the elderly population has had in average a double suicide risk than younger Puerto Rican population.

Key words: Suicide; Elderly; Puerto Rico; Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Al ser una de las primeras causas de muerte en muchos países, se considera al suicidio como un fenómeno que requiere estudiarse por las serias implicaciones sociales, económicas y sanitarias que conlleva el quitarse la vida (Rodríguez y Alsina, 1994; Santos, Hubbard y McIntosh, 1994). No obstante, en Puerto Rico la prevalencia de suicidio entre la población geriátrica ha sido motivo de pocos estudios, según la revisión de literatura de los últimos veinte años y múltiples búsquedas en proveedores de bases de datos

¹ Dept. de Ciencias Sociales General, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, P.O. Box 23345, 00931 San Juan, Puerto Rico, tel. 1-787-764-00-00, ext. 2475, correo electrónico: jose.rodriguezgomez@vmail.uprrp.edu. Artículo recibido el 8 de enero y aceptado el 27 de junio de 2009.

electrónicos y digitales, como Medline, PubMed y PsyLit, que demuestran lo anteriormente señalado. Los pocos estudios publicados sobre el tema han mostrado que el fenómeno es considerado relativamente común en la población anciana (Alsina y Rodríguez, 1995; Lugo y Rodríguez, 1997; Rodríguez y Alsina, 1994; Rodríguez y Collazo, 2003). De igual forma, hay la necesidad de evaluar las medidas preventivas que existen para evitar las causas que promueven dicho acto en diferentes campos de intervención –muy particularmente en la salud pública y la mental– por la posibilidad de establecer programas y talleres en estas áreas para prevenir y disminuir dicho fenómeno. Lamentablemente, las estadísticas recopiladas de los estudios epidemiológicos en Puerto Rico excluyen a la población mayor de 65 años. Con pocas excepciones, como el estudio Asistencia Sanitaria a la Tercera Edad en Puerto Rico (Puerto Rican Elderly: Health Conditions, o PREHCO, hecho por el Instituto Nacional de la Vejez (2002), la población anciana (de 65 años en adelante) es excluida con demasiada frecuencia de las investigaciones epidemiológicas. Las razones de ello no están del todo claras, aunque algunos investigadores señalan la dificultad y el desinterés de algunos epidemiólogos para el desarrollo de proyectos que tal vez no puedan ser subsidiados económicamente por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos u otras organizaciones en la misma isla (Rodríguez, 2006). De todas maneras, los pocos estudios publicados sobre el tema han demostrado que el suicidio sigue siendo un acto que perturba el diario vivir de la comunidad gerontológica de Puerto Rico (Rodríguez y Collazo, 2003). Los ancianos siguen quitándose la vida sin que se promuevan alternativas viables, tanto de prevención como de intervención en la salud mental, sensibles y adaptadas a esta población (Rodríguez, 2006). Recuérdese, por ejemplo, que los ancianos sufren múltiples enfermedades crónicas, abandono social y marginación económica, condiciones que los hacen más propensos a caer en estados depresivos, factor que a su vez influye para cometer suicidio (Lazarus y DeLongis, 1985; Musil, Hang y Warnes, 1998; Rodríguez y Collazo, 2003). De igual forma, en no pocas ocasiones las condiciones de salud que padecen requieren gran cuidado. Más aún,

puesto que las proyecciones en la expectativa de vida reflejan un aumento en las tasas de sobrevivencia de la población de los Estados Unidos (siendo de 77.9 años en el último cálculo reportado correspondiente a 2004 [Mínimo, Heron y Smith, 2006]), se evidencia la necesidad de describir el fenómeno del suicidio en los ancianos con la finalidad de desarrollar programas efectivos y eficaces ya que la posibilidad de llegar a la ancianidad es cada vez mayor. Se debe de comenzar a concientizar sobre la realidad de que el comportamiento suicida tiende a ser mayor en dicha población (Mínimo y cols., 2006; Mínimo y Smith, 2001; Rodríguez, 2007a, 2007b).

Revisión de literatura

En diversas culturas, el suicidio tiene un significado sociocultural y moral, y en no pocas ocasiones, religioso. Tanto en términos individuales como grupales, las tasas de suicidio se han correlacionado con diferentes elementos culturales, sociales, económicos, religiosos y políticos (Battin y Mayo, 1980; Giddens, 1964; Sahyoun, Lentzner, Hoyert y Robinson, 2001). Así pues, el acto suicida no necesariamente se relaciona sólo con la psicopatología, sino que puede representar una solución cultural aceptada y reconocida en ciertas situaciones sociales. Por consiguiente, para entender el acto suicida y prevenirlo se requiere una comprensión de cómo el fenómeno del suicidio varía con los elementos culturales de una determinada sociedad (Utsey, Hook y Stanard, 2007). Muy particularmente, es necesario que se reconozca el contexto histórico-social en que se desarrolla el acto, el tipo de relación que se genera, el significado que puede tener esta relación entre los sujetos del grupo, el tipo de grupo con quien interactúa el individuo, el lugar donde ocurre el acto, las experiencias colectivas y su efecto individual y colectivo. Reconociendo que nacionalmente existe una considerable heterogeneidad etiológica, lo que sugiere esto la gran complejidad en que se basa el acto, se deben examinar las diferencias culturales y sociales para comenzar a entender el impacto que puedan tener estas diferencias en la prevalencia e incidencia del suicidio.

Epidemiología

El suicidio es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos en personas jóvenes de entre 15 y 24 años; sin embargo, en 2001 varones estadounidenses sobre los 85 años tuvieron la tasa de suicidio más alta, de alrededor de 54 suicidios por cada 100 mil habitantes (A.A., 2007). Se ha reportado que sólo uno de entre 10 a 20 intentos de suicidio tiende a ser fatal, lo que hace la situación muy grave (Rodríguez, 2006). Más aún cuando hay un estimado de 300 mil a 600 mil personas que sobreviven al acto suicida, muchas de las cuales quedan con algún tipo de discapacidad debido al intento, lo que aproximadamente implica a 19 mil individuos (Millar, 1995). Con todo, más de la mitad logran terminar con su vida en su primer intento (Flanders, 1991). En términos generales, en Estados Unidos los ancianos tienen la más alta tasa de suicidio desde 1933, año en que comenzaron a registrarse las muertes en todos los estados de esa nación. En este siglo ya se han producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo entero, a razón de un millón de personas cada año (Rodríguez, 2006).

En Puerto Rico se espera que para el año 2025 el 21.8% de la población tenga 60 años o más (Alvarado, 2000), y los estudios realizados sobre el fenómeno del suicidio en esta población anciana muestran que entre 1980 y 1990 experimentó tasas más altas que el resto de la población puertorriqueña (Alsina y Rodríguez, 1995; Rodríguez y Alsina, 1994). Este hallazgo hizo que se hiciera del conocimiento público tan alarmante situación a través de los medios de comunicación masivos de la isla (Valdivia, 1999). De igual forma, dichos estudios pioneros encontraron similitudes en la prevalencia de suicidio por género durante el periodo de 1980-1990 con los estudios hechos en Estados Unidos (por ejemplo, los ancianos puertorriqueños cometen más suicidios en comparación con las mujeres, fenómeno idéntico al de ese país), aunque también se reportan hallazgos disímiles, como el método: en Puerto Rico el más comúnmente utilizado es el ahorcamiento, mientras que en Estados Unidos son las armas de fuego.

De igual forma, se comenzaron a realizar proyecciones sobre el fenómeno utilizando ecuaciones de regresión logística, como la llevada a

cabo por Alvarado (2000). Dicha investigadora realizó una proyección del suicidio en Puerto Rico hasta el año 2015, tomando como punto de partida el año 1997. En su trabajo, estimó que las personas de 60 años o más son las que más suicidios cometerán en ese lapso. Según la autora, al llegar ese año se anticipa un aumento de 50% en el fenómeno del suicidio en dicha subpoblación. Dicho estudio muestra que el número de suicidios en ancianos seguiría siendo un fenómeno prevalente en comparación con grupos de edad menor, lo que ha causado preocupación y logrado que se inicie la discusión del problema en foros académicos y gubernamentales con la finalidad de realizar intervenciones preventivas en la población gerontológica en Puerto Rico.

Marcos teóricos explicativos

No es posible establecer un solo marco conceptual que explique en forma causal y única el fenómeno del suicidio. Se entiende que el acto suicida, por ser tan complejo, es el resultado de una combinación multifactorial, sumamente compleja, que predispone a esa conducta. Aun así, existen varios marcos teóricos o conceptuales que han ayudado a entender el fenómeno del suicidio en la población anciana. Dichas teorías se han construido con el aporte de varias disciplinas, tales como la sociología, la psicología y la biología (Santos y cols., 1994).

Entre las teorías sociológicas que pretenden ahondar en la conducta suicida se encuentra la teoría del sociólogo francés Emile Durkheim (cfr. Holmes y Holmes, 2005). En efecto, Durkheim delineó tres tipos de suicidio tomando en consideración las fuerzas sociales que predisponen a dicho acto: el suicidio egoísta, el altruista y el anómico (cfr. Thompson y Eggert, 1999). El suicidio egoísta se caracteriza por una falta de integración del individuo en la sociedad o en ciertos círculos sociales, como la familia, la religión y el matrimonio. El anciano puede comenzar a aislarse de sus grupos primarios por sentir que no comparten sus intereses o que lo excluyen y, como se siente lastimado, puede pensar en el suicidio. En el suicidio altruista hay una desmesurada integración por parte del individuo a un grupo social, de forma tal que carece de una perspectiva individual; de esta

manera, las personas que son clasificados así cometen suicidio como una forma de sacrificio por los demás o por el bien del grupo al que pertenecen (Santos y cols., 1994). En el suicidio anómico, el individuo experimenta una falta de regulación social; así, cuando en el ámbito social que ofrece normas que regulan al sujeto ocurren hechos como el retiro, la viudez o una crisis económica que alteran el equilibrio de su existencia, la falta de regulación social y el posible caos existente hacen que el anciano llegue a sentirse desesperado y se proponga terminar con su vida (Santos y cols., 1994). Se ha demostrado que la tasa de suicidio entre personas en estado de viudez es de ocho a cincuenta veces más alta que entre la población en general estadounidense (Schum, Lyness y King, 2005). Más aún, se ha encontrado que los sobrevivientes de suicidio tienden a experimentar más sentimientos de culpa y resentimientos que afectan su recuperación y aumentan la posibilidad de que vuelvan a intentarlo (Constantine, Sekula y Rubinstein, 2001).

Entre las teorías psicológicas destacan las teorías psicoanalíticas y las teorías de corte cognoscitivo-conductual. Freud (1930/1978) defendía la idea de que el fenómeno del suicidio era parte de un instinto humano básico de autodestrucción. El suicidio es establecido como simple manifestación del instinto humano de muerte conocido como *Thanatos*, el cual se contrapone a lo que Freud llama el instinto de la vida, o *Eros*. Una segunda teoría postulada por Freud presenta la idea de que el suicidio es producto de unos sentimientos de agresividad hacia otros, en especial hacia la figura paterna, pero, en lugar de que la persona sea capaz de expresar sus sentimientos de agresión hacia los demás, lo canaliza hacia sí misma.

La teoría de Butler (1992) explica en términos psicológicos el acto suicida del anciano. Según este autor, la persona, cuando llega a la vejez, experimenta un proceso natural de reflexión o recuento de sus experiencias vividas; si la evaluación es positiva, se prepara para sus últimos tiempos y la muerte, pero si dicha evaluación es negativa, puede desembocar en el suicidio.

La teoría psicológica conductista señala que el suicidio es una conducta aprendida. Es un fenómeno que surge de hábitos, asociaciones aprendidas, refuerzos de esas conductas o la falta de

refuerzos de otras más adaptativas y apropiadas. Además, pueden ocurrir como parte de un proceso de aprendizaje social por imitación o modelaje. Según la escuela conductista, es posible intervenir con éxito al suicida, y dicha intervención puede ser tanto preventiva como terapéutica (Beck, 2005; cfr. Santos y cols., 1994).

La teoría psicológica cognoscitiva ha tenido un gran efecto en la conceptualización y comprensión de los suicidas (Beck, 2005; Leenaars y Lester, 1995). El modelo cognoscitivo parte de la premisa de que hay una relación directa entre la depresión y el suicidio. Según Beck, quien es uno de los principales exponentes de la terapia cognoscitiva, el constructo psicológico de desesperanza es un factor determinante de acto suicida que mina el deseo de seguir hacia adelante y que puede instilar en la persona una perspectiva pesimista del futuro, haciendo que se limite y considere el suicidio como una alternativa a sus problemas. Por ejemplo, algunos estudios gerontológicos muestran que los ancianos, debido a condiciones de pobreza y problemas de salud crónicos, abrigan expectativas pesimistas hacia el futuro (Alsina y Rodríguez, 1995; Rodríguez y Alsina, 1994; Santos y cols., 1994).

Las teorías de corte biológico han tratado de establecer que el suicidio guarda una relación con ciertos factores genéticos y con determinados neurotransmisores. Dicho acercamiento sostiene la posible existencia de una relación entre los genes y el suicidio, y toma además en consideración factores hereditarios que determinan, por ejemplo, que la persona sea más susceptible de sufrir depresión clínica, elemento que ha sido considerado importante por su influencia en la conducta suicida. Sin embargo, la naturaleza exacta del componente genético y su relación con la depresión no ha sido bien establecida. Más aún, la relación que pueda haber entre los factores genéticos y el suicidio todavía es muy debatida y dista mucho de comprenderse de forma clara (Santos y cols., 1994). Otro enfoque biológico es el que toma en consideración los factores bioquímicos a nivel cerebral. Las investigaciones que se han llevado a cabo para determinar una relación entre los neurotransmisores y el suicidio han enfrentado numerosos problemas de tipo metodológico; por consiguiente, se requiere mucha cautela a la hora de interpretar di-

chos resultados (Motto, 1990; Motto y Bostrom, 1990). Sin embargo, muchas investigaciones apuntan a la insuficiencia de ciertos neurotransmisores como una causa de la depresión, tales como la serotonina (Levinthal, 2004), y otras demuestran que hay una disminución de neurotransmisores según aumenta la edad, pudiendo hacer que haya depresión y ésta influya en la conducta suicida (Meltzer, Smith, DeKosky y cols., 1998; Rocca, Calvarese, Faggiano y cols., 2005). Se ha comprobado que la relación entre la depresión y el suicidio es estrecha, y que la posibilidad de que haya alteraciones no sólo en las concentraciones de neurotransmisores sino en los procesos de conducción, puede poner al anciano en peligro de sufrir problemas de salud mental (Kapur y Mann, 1992).

Lamentablemente, ninguna de las teorías mencionadas ha brindado una explicación cabal del acto suicida desde una perspectiva causal; con todo, muchas investigaciones y teorías han provisto información valiosa sobre los factores de riesgo que podrían estar presentes en las personas que cometen tal acto. Por consiguiente, es importante reconocer los elementos de riesgo que dichas teorías ofrecen para lograr promover intervenciones preventivas eficaces y efectivas, sobre todo para la población anciana.

MÉTODO

Definiciones operacionales

Se define aquí la acción suicida como el acto mediante el cual un individuo dirige contra sí mismo una conducta que tiene como fin último terminar con su vida. Debe diferenciarse entre *suicidio* o *acto suicida* e *intento suicida*. Este último se define como la realización de un acto de autodestrucción, pero, a diferencia del suicidio o acto suicida, no alcanza el objetivo final de terminar con la vida (Lugo y Rodríguez, 1997). La necesidad de diferenciar entre ambos términos tiene implicaciones metodológicas al momento de recopilar información sobre el fenómeno, puesto que se ha estimado que por cada acto suicida se han realizado múltiples intentos suicidas (Rodríguez, 2006). En este estudio se utiliza la estadística que reporta el acto suicida según es compilada por diferentes entidades

gubernamentales, entre ellas el Registro Demográfico de Puerto Rico.

Diseño y procedimiento

El presente estudio es de carácter epidemiológico retrospectivo y tuvo el objetivo de describir la prevalencia y tasas de suicidio en el periodo de 1980 a 2006 en Puerto Rico. Para identificar el total de la población en la isla durante ese lapso, se utilizaron los datos presentados por el Negociado del Censo Federal de Estados Unidos y la División de Población, así como los registros de los bancos de datos del International Program Center, entidad que recopila datos estadísticos en diferentes áreas. Los casos de suicidios durante los años del estudio se obtuvieron del Departamento de Salud, SAPEESI, y de la División de Estadísticas Vitales de Puerto Rico. Además, se realizaron diversos análisis del número de suicidios y cálculos de tasas para establecer comparaciones entre dos subpoblaciones (65 años o más, y 64 años o menos). El énfasis de la división de las poblaciones en dos estratos se debió al interés del autor en comparar la población gerontológica con el resto de la población de Puerto Rico. De igual forma, se presentan comparaciones de los índices de los productos cruzados de suicidio (*odds ratio*) para la población suicida puertorriqueña entre menores de 64 años y mayores de 65 años en el periodo citado.

RESULTADOS

Con los suicidios reportados a través del periodo de 1980 a 2006 se demuestra que sus tasas de ocurrencia siguen siendo mayores en la población de 65 años o más, en comparación con las del resto de la población puertorriqueña (Tabla 1).

De hecho, al calcularse el promedio de los índices de razón de los productos cruzados, éste fue de 2.20 para el periodo de estudio con 95% de confiabilidad (Tabla 2), cifra que significa que la población anciana puertorriqueña tuvo el doble de ocurrencia de suicidios en comparación con la población más joven en esos años. Lo anterior guarda relación con los resultados publicados inicialmente por Rodríguez y Alsina (1994) y por Alsina y Rodríguez (1995), con lo que se obtiene una base más sólida para afirmar la gravedad del problema.

Tabla 1. Comparación entre la población total de Puerto Rico y la población de 65 años o más relacionados con la tasa de suicidio (1980-2000).

Año	Población total			Población 65 años o más			Población 64 años y menos			Diferencia ^c entre tasas
	N ^a	Núm. de suicidios	Tasa	n ^b	Núm. de suicidios	Tasa	n	Núm. de suicidios	Tasa	
1980	3196520	292	9.13	252569	42	16.62	2943951	250	8.49	8.13
1981	3237209	302	9.32	263609	66	25.03	2973600	236	7.93	17.10
1982	3269761	300	9.17	272440	51	18.71	299732	249	8.30	10.41
1983	33022313	328	9.93	281270	61	21.68	302104	267	8.83	12.85
1984	3334865	300	8.99	290102	59	19.99	3044763	241	7.94	12.05
1985	3367416	269	7.98	298933	65	22.67	3068483	204	6.61	15.46
1986	3399968	310	9.11	307766	74	24.04	3092202	236	7.29	16.75
1987	3432519	272	7.92	316597	60	18.95	311592	212	6.80	12.15
1988	346507	314	9.06	325430	68	20.89	313964	246	7.83	13.06
1989	3497623	327	9.34	334260	61	18.24	3163363	266	8.40	9.84
1990	3522037	371	10.50	340884	79	23.17	318115	292	9.17	14.00
1991	357132	355	9.94	348896	85	24.36	3222432	270	8.37	15.99
1992	3603755	314	8.71	355868	60	16.80	324788	254	7.82	9.04
1993	364363	324	8.89	362661	60	16.54	3280977	286	8.71	7.83
1994	368715	355	9.62	369481	71	19.22	331767	284	8.56	10.66
1995	3731006	291	7.80	375875	48	12.77	335513	243	7.24	5.53
1996	3782862	331	8.75	382118	70	18.31	340074	261	7.67	10.64
1997	3828061	288	7.52	388850	49	12.60	343921	239	6.94	5.66
1998	386009	324	8.39	394511	70	17.74	346558	254	7.32	10.42
1999	3889507	299	7.69	399887	60	15.00	3489620	239	6.84	8.16
2000	3915798	315	8.04	407101	50	12.28	3508697	265	7.55	4.73
2001	3839810	280	7.29	437228	50	11.43	3402582	230	6.76	4.67
2002	3858806	248	6.43	449176	46	10.24	3406630	202	5.93	4.31
2003	3878532	207	5.34	463126	55	11.87	3415406	152	4.45	7.42
2004	3894855	321	8.24	476198	66	13.86	3418657	255	7.46	6.40
2005	3912054	321	8.21	489819	65	13.27	3422235	256	7.48	5.79
2006	3947759	285	7.21	494274	51	10.31	3453485	234	6.77	3.54

Nota. Los estimados de las poblaciones entre 1990 y 2000 se obtuvieron del Negociado del Censo Federal de los Estados Unidos, División de Población, International Program Center, y del International Data Base 2002. Los casos de suicidio de 1990 a 2000 fueron reportados por el Departamento de Salud, SAPEESI, y por la División de Estadísticas de San Juan, Puerto Rico. Todos los datos de la década de 1980 se obtuvieron de la investigación realizada por Rodríguez y Alsina (1994).

^a Cantidad total de la población.

^b Cantidad total de la población que tiene 65 años o más.

^c Cantidad total de la población que tiene 64 años o menos.

^d Diferencia entre tasas menos de 64 años.

Tabla 2. Comparación de índices de los productos cruzados de suicidio en la población puertorriqueña entre personas menores de 64 años de edad vs. mayores de 65 años en el periodo de 1980-2006.

Año	Odds ratio	Año	Odds ratio	Año	Odds ratio
1980	1.96	1990	2.53	2000	1.63
1981	3.16	1991	2.91	2001	1.69
1982	2.36	1992	2.16	2002	1.47
1983	2.45	1993	1.90	2003	1.47
1984	2.57	1994	2.25	2004	1.81
1985	3.27	1995	1.76	2005	1.77
1986	3.15	1996	2.39	2006	1.52
1987	2.79	1997	1.81		
1988	2.67	1998	2.42		
1989	2.17	1999	2.19		

DISCUSIÓN

En este estudio se muestra que el suicidio tiende a ser un fenómeno que se mantiene con tasas de prevalencia altas en ancianos, en comparación con el resto de la población puertorriqueña. Es importante continuar realizando más estudios para comprender más dicho fenómeno e identificar los factores de riesgo que guardan una relación directa con la población geriátrica. Los actuales indicadores sociodemográficos de dicha población (por ejemplo, pobreza, marginación, enfermedades crónicas, etc.) son cónsonos con una población de alto riesgo para cometer suicidio. De igual forma, es necesario fomentar programas de prevención, sobre todo aquellos que sean sensibles a las necesidades de los ancianos, aunque sin excluir a otras subpoblaciones que estén en riesgo de suicidio, co-

mo la adolescente. La necesidad de brindar capacitación formal obligatoria a las dependencias y personas que trabajan con ancianos es evidente. Es también necesario el que se insista en que la población referida es afectada por tales variables para que instituciones y agencias académicas, gubernamentales y privadas que intervienen en ella se concienticen de la urgencia de emprender tales adiestramientos y programas preventivos. Los programas sensitivos dirigidos a que se evite la marginación son asimismo fundamentales. De igual forma, es necesario el que los programas de intervención provean alternativas viables para disminuir los factores de riesgo de suicidio. Es vital, pues, que el mensaje llegue y se establezcan planes de acción en donde se tome en cuenta la realidad de los ancianos, para así tratar de ser efectivos y eficaces en la prevención de esta situación.

REFERENCIAS

- A.A. (2007). Suicide statistics. *Suicide.Org*. Disponible en línea: <http://www.suicide.org/suicide-statistics.html>.
- Alsina, S. y Rodríguez, J.R. (1995). El suicidio en ancianos puertorriqueños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 263-282.
- Alvarado, A. (2000). *Factores de riesgo sociodemográficos relacionados al suicidio en Puerto Rico y estimación prospectiva de la prevalencia de suicidio en Puerto Rico para el 2015*. Disertación doctoral no publicada. San Juan, PR: Universidad Carlos Albizu.
- Battin, M.P. y Mayo, D. (Eds.) (1980). *Suicide: The philosophical issues*. New York: St. Martin's.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Butler, J. (1992). *Elder suicide: Research, theory and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Constantine, R.E., Sekula, L.K. y Rubinstein, E.N. (2001). Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide Life Threatening Behavior*, 31, 428-441.
- Flanders, S. (1991). *Suicide*. New York: Barnes & Noble.
- Freud, S. (1930/1978). El malestar en la cultura. En S. Freud: *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Giddens, A. (1964). Suicide, attempted suicide, and the suicidal threat. *Man*, 64, 115-116.
- Holmes, R.M. y Holmes, S.T. (2005). *Suicide: Theory, practice and investigation*. Palo Alto, CA: Sage.
- Instituto Nacional de la Vejez (NIA) (2002). *Puerto Rican elderly: Health conditions (PREHCOI)*. Disponible en línea: <http://precoh.rcm.upr.edu/index.html> (Recuperado el 2 de junio de 2007).
- Kapur, S. y Mann, J.J. (1992). Role of the dopaminergic system in depression. *Biological Psychiatry*, 32, 1-17.
- Lazarus, R.S. y DeLongis, A. (1985). Psychological stress and coping with aging. *American Psychologist*, 36, 245-254.
- Leenaars, A.A. y Lester, D. (1995). The changing suicide pattern in Canadian adolescents and youth, compared to their American counterparts. *Adolescence*, 30.
- Levinthal, Ch. (2004). *Drugs, behavior, and modern society*. New York: Allyn & Beacon.
- Lugo-Morales, Y. y Rodríguez-Gómez, J.R. (1997). Pilot study of suicidal ideation among elderly Puerto Ricans in a mental health hospital. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 89, 167-173.
- Meltzer, C., Smith, G., DeKosky, S.T., Pollock, B.G., Mathis, C. A., Moore, R.Y., Kupfer, D. y Reynolds, C.F. (1998). Serotonin in aging, late-life depression, and Alzheimer's disease: The emerging role of functional imaging. *Neuropsychopharmacology*, 18, 407-430.
- Millar, T.R. (1995). *Databook on nonfatal injury: Incidence, costs, and consequences*. Washington, DC: Urban Institute.
- Minimo, A.M., Heron, M.P. y Smith, B.L. (2006). Deaths: Preliminary data for 2004. *National Vital Statistics Report*, 54, 1-49.
- Minimo, A.M. y Smith, B. L. (2001). Deaths: Preliminary data for 2000. *National Vital Statistics Report*, 49, 1-40.

- Motto, J.A (1990). Estimation of suicide risk by the use of clinical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 7(4), 236-245.
- Motto, J.A. y Bostrom, A. (1990). Models of suicide risk. Nice person. *Crisis*, 11(2), 37-47.
- Musil, C., Hang, M. y Warmes, D.C. (1998). Stress, health and depressive symptoms in older adults at three times point over 18 months. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 207-224.
- Rodríguez, J.E. (2006). *Uno de cada 20 intentos de suicidio en España, se consuma*. Sevilla: Grupo ISIS. Disponible en línea: <http://www.grupoisis.com/foroisis/viewtopic.php?t=520y sid=b1c20b32bcb2f285bd86930acbc1b2aa> (Recuperado el 31 marzo de 2008).
- Rodríguez, J.R. (2007a). *El fenómeno del suicidio en el anciano puertorriqueño: datos en los últimos 20 años*. Documento presentado en el Congreso de Psicoterapia y Psicopatología de la Asociación de la Asociación de Psicología de Puerto Rico, San Juan, PR.
- Rodríguez, J.R. (2007b). *El fenómeno del suicidio en el anciano puertorriqueño: Datos en los últimos 27 años*. Sesión de cartel presentada en la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico, San Juan, PR.
- Rodríguez, J.R. y Alsina, S. (1994). The suicide phenomenon in Puerto Rico elderly population: A ten year retrospective study (1980-1990). *Revista de Psiquiatría*, 1, 9-11.
- Rodríguez, J.R. y Collazo, L. (2003). Estudio epidemiológico retrospectivo sobre el fenómeno del suicidio en los ancianos puertorriqueños: Datos de dos décadas. *Revista Thomsom de Psicología*, 1, 23-37.
- Rocca, P., Calvarese, P., Faggiano, F., Marchiaro, L., Mathis, F., Rivoira, E., Taricco, B. y Bogetto, F. (2005). Citalopram versus sertraline in late-life nonmajor clinically significant depression: A 1-year follow-up clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 360-369.
- Sahyoun, N.R., Lentzner, H., Hoyert, D. y Robinson, K.N. (2001). Trends in causes of death among the elderly. *Aging Trends*, 1, 1-10.
- Santos, J., Hubbard, R. y McIntosh, J. (1994). *Elder suicide: Research, theory, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schum, J., Lyness, J. y King, D. (2005). Bereavement in late life: Risk factors for complicated bereavement. *Geriatrics*, 60, 18-24.
- Thompson, E.A. y Eggert, L.L. (1999). Using the Suicide Risk Screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1506-1514.
- Utsey, S.O., Hook, J.N. y Stanard, P. (2007). A re-examination of cultural factors that mitigate risk and promote resilience in relation to African American suicide: A review of the literature and recommendations for future research. *Death Studies*, 31(5), 399-416.
- Valdivia, Y. (1999). A merced del suicidio los ancianos. Periódico *El Nuevo Día* (San Juan de Puerto Rico), 24 de agosto, p. 29.