

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/16



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN PERSONAS
MAYORES CON RIESGO SUICIDA.**

Autor/a: Natalia Vicente Lorenzo.

Tutor/a: Virtudes Niño Martín.

“Aquel que tiene un porqué para vivir puede enfrentarse a todos los cómo”.

RESUMEN

Cada año más de 800 000 personas se quitan la vida de forma voluntaria y otras muchas intentan hacerlo, estas altas cifras, nos revelan un problema de salud pública aún pendiente de resolver.

Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, pese a esto, en gran parte, es un problema de salud evitable con una adecuada prevención por parte del personal sanitario (1).

En España, la población mayor de 60 años se ha visto aumentada en la última década y como consecuencia, el mayor número de suicidios anuales se produce en este grupo de edad. La población continúa envejeciendo por lo que estas consecuencias nefastas se verán incrementadas con el paso del tiempo. Además, se estima que en 2050 representarán más del 20% de la población mundial, aproximadamente 2.000 millones (2).

El suicidio es una emergencia para cualquier profesional de la salud por lo que es fundamental advertir y concienciar al personal sanitario de primer nivel, sobre la detección y correcta evaluación del riesgo suicida, dotando a este colectivo de herramientas para poder intervenir y proceder de manera adecuada ante un caso de intento autolítico (3)

El objetivo de este trabajo es la elaboración de un protocolo de actuación que recoja recomendaciones y acciones a seguir para ayudar a la correcta actuación de enfermería de atención primaria en pacientes mayores con ideación suicida manifiesta.

Para elaborar este programa se han analizado y estudiado diferentes programas y protocolos sobre la prevención de la conducta suicida en pacientes mayores, además se incorporan aspectos y recomendaciones que han demostrado ser eficaces para la prevención del suicidio.

PALABRAS CLAVE:

Prevención, riesgo suicidio, persona mayor, enfermería.

INDICE

1. Introducción y justificación.....	4
1.1. Definiciones y conceptos.....	5
1.2. Epidemiología.....	6
1.3. Aspectos legales del suicidio en España.....	7
1.4. Factores de riesgo de suicidio en ancianos.....	7
1.5. Factores protectores del suicidio en anciano.....	10
1.6. Desarrollo del suicidio en ancianos.....	10
1.7. Objetivos del trabajo.....	11
2. Metodología.....	12
3. Desarrollo del tema y resultados.....	15
3.1.1. Evaluación de la ideación suicida.....	15
3.1.2. Prevención de la conducta suicida.....	19
4. Discusión e implicaciones en la práctica.....	23
5. Conclusión	24
6. Bibliografía.....	25
7. Anexos.	28

1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El suicidio es definido por la OMS en 1976 como “todo acto por el que el individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea su grado de la intención letal o del conocimiento del verdadero móvil" (1). El concepto de suicidio está asociado a un acto individual con un propósito claro, sin embargo, cada vez más, este suceso es considerado toda una complejidad.

España, con un total de 3.158 fallecimientos por suicidio declaradas en 2010 (6,9 fallecimientos por 100.000 habitantes) tiene una de las tasas de mortalidad por esta causa más bajas de Europa (4), no obstante, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), desde el 2008, el suicidio es la primera causa de muerte no natural, superando a los fallecidos por accidente de tráfico (5).

A pesar del gran número de investigaciones sobre el suicidio en la juventud, el suicidio en los ancianos constituye una significativa causa de muerte, ya que en las últimas décadas el crecimiento de la población mayor de 60 años se ha visto aumentado, principalmente en los países desarrollados. Por este motivo es necesario estudiar las diferentes causas de riesgo en la vejez para poder aminorar dicha predicción (6).

Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, sin embargo, utilizan métodos más efectivos, lo que provoca una mayor letalidad. En el año 2000 en España se produjeron 3.393 muertes por suicidio de las cuales 1.445 eran mayores de 60 años (2).

Debido a que las personas mayores forman el grupo de población de mayor crecimiento, el número de suicidios seguirá incrementándose, estimándose que para el 2030 sea el doble (2). Además, los pacientes mayores son los que más frecuentan las consultas de enfermería de AP por lo que es vital reconocer las señales que nos alertan de la ideación suicida del anciano.

Según demuestra la bibliografía consultada, la mayoría de las personas que se suicidan han estado previamente en una consulta de atención primaria, así, el 75% de ellos estuvo el año anterior y el 45% el mes anterior, sin embargo, solo uno de cada tres lo ha estado con un servicio de salud mental el año anterior y uno de cada cinco el mes anterior (7).

1.1 DEFINICIONES Y CONCEPTOS.

En la actualidad se considera que el suicidio es un continuum de diferente origen y gravedad, que comienza en la ideación suicida y termina, en el peor de los casos con el suicidio consumado. Por este motivo, es necesaria la conceptualización de la conducta suicida. En 2007 Silverman ET. revisa la nomenclatura vigente hasta esas fechas y establece la siguiente (8) (7):

- **Ideación suicida:** Pensamientos sobre el suicidio. Dentro de la ideación suicida puede existir cierta intencionalidad suicida o no.
- **Comunicación suicida:** La persona con ideación suicida transmite a otra sus pensamientos e intenciones de acabar con su propia vida. Dentro de ella debemos distinguir la amenaza del plan suicida que sería la propuesta de un método para llevar a cabo una conducta suicida viable.
- **Conducta suicida:** Conducta auto lesiva en la que hay evidencia de que la persona desea aparentar la intención de morir o la persona tiene la verdadera intención de acabar con su vida.
 - **Autolesión o gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva para la que existe evidencia de que la persona no tiene la verdadera intención de quitarse la vida.
 - **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intención suicida. Puede darse sin lesiones o con ellas y causar la muerte. (El grado de intencionalidad de la muerte no es determinado).
 - **Intento de suicidio:** conducta auto lesiva, pero sin resultado fatal.
 - **Suicidio:** “acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Otras definiciones de interés sobre este tema son (2):

- **El parasuicidio:** Conjunto de conductas donde el sujeto, de forma voluntaria e intencional, se produce daño físico.
- **Suicidio silencioso:** Intento oculto de provocarse la muerte. Utilizan medios no violentos como el abandono de la satisfacción de las necesidades básicas.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA.

- En Europa el suicidio es la décima causa de muerte, siendo en los países del este europeo los que mayores tasas presentan (8).
- Según el INE, en España se suicidan 9 personas al día. La tasa de suicidio en España es una de las más bajas en Europa, pero se incrementó hasta el año 2003, desde entonces la tendencia es estable.
- En España, en el año 2006 la tasa bruta de mortalidad fue de 11 por cada 100.000 hombres y de 3 por cada 100.000 mujeres (1.13% y 0.04% respectivamente de la mortalidad total). Tanto en hombres como en mujeres el mayor número de muertes se produjo en mayores de 60 años (9).
- La proporción de suicidios hombre/mujer en España es de 3:1, el suicidio consumado es mayor en hombres, pero el intento es más frecuente en el sexo femenino.
- Si analizamos la tasa de suicidios de las diferentes comunidades autónomas de España, observamos que Galicia y Asturias son las que mayor tasa tienen (10,60 y 10,46 de cada 100 000 habitantes), por el contrario, Ceuta y Madrid presentan las tasas más bajas (2,58 y 2,84 de cada 100 000 habitantes).
- Respecto a los intentos de suicidio en España, se estiman que 50-90 de cada 100.000 personas intentan quitarse la vida.

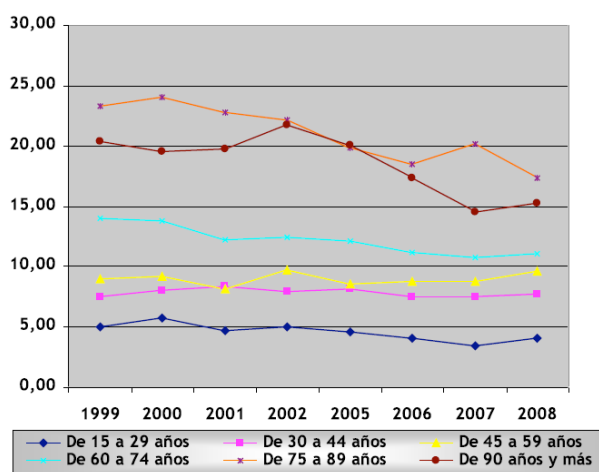


Ilustración 1: Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y rango de edad Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.

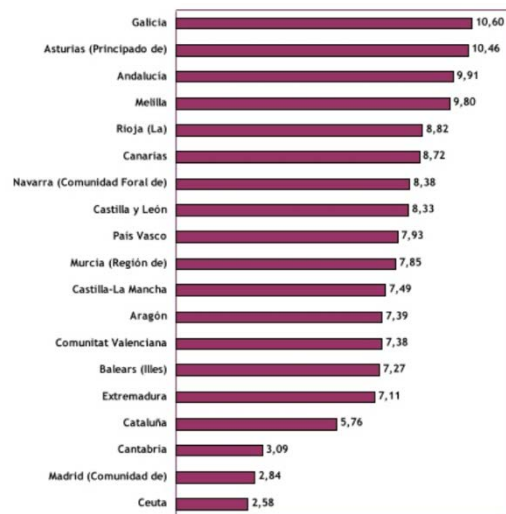


Ilustración 2: Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y Comunidad Autónoma en 2008. Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.

1.3 ASPECTOS LEGALES DEL SUICIDIO EN ESPAÑA.

A diferencia de otros países, **el suicidio** en España no está penado. Lo que sí está castigado por el Código Penal (CP) en su artículo (Art.) 143.1 y 2 es la **inducción al suicidio** (4-8 años de prisión) y **la cooperación al suicidio** (2-5 años de prisión). En cuanto a la cooperación al suicidio por razones humanitarias, el castigo impuesto será con la pena inferior posible (8).

Con el título genérico de **imprudencia punible**, el Código Penal recoge los delitos en los que se origina un daño, sin intención, pero cuyo resultado puede evitarse o debió ser previsto. En el artículo 142.1 se señala la pena de prisión (1-4 años) como castigo a una imprudencia grave que cause la muerte de otro (7).

1.4 FACTORES DE RIESGO EN EL ANCIANO.

Al igual que la mayoría de los problemas de salud, las conductas suicidas no suelen ser sucesos aleatorios, sino que están sujetos a determinantes parcialmente conocidos. La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo suicida es de gran importancia, ya que el riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores de riesgo.

En toda la población, cabe destacar el factor genético ya que aumenta el riesgo de suicidio hasta 10 veces si existen antecedentes familiares. Existe una clara relación entre el gen de la serotonina que condiciona la impulsividad y la falta de autocontrol.

FACTORES MÉDICOS:

- **Enfermedades:** crónicas, dolorosas, terminales y discapacitantes. Cabe destacar el Parkinson, el Alzheimer, la diabetes, las neoplasias, las EPOC...
Además, entre los problemas físicos del anciano se encuentran: La patología artrítica, las enfermedades cardiovasculares, neurológicas que afectan a la locomoción, limitan el ejercicio físico y comprometen la función intelectual respectivamente (8) (2).
- **Frecuentes hospitalizaciones** y ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentemente.

FACTORES PSIQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS:

- La asociación del suicidio y la depresión es una asociación comprobada.
La **depresión a una edad avanzada (DEA)** es el diagnóstico más frecuentemente relacionado con la conducta suicida. El 15% de los ancianos con cuadro depresivo consuma el suicidio (9). Dos terceras partes de los ancianos con depresión responden al tratamiento depresivo, pero muchos de ellos presentan recaídas, además los fármacos antidepresivos producen muchos efectos secundarios en los ancianos (9).
La depresión en el anciano en ocasiones está infra diagnosticada debido a la forma atípica que se presenta en este grupo poblacional: irritabilidad, apatía, desesperanza, dicen tener molestias físicas inespecíficas y una menor verbalización de tristeza (10).
- **Trastorno bipolar.** Aproximadamente, el 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar intentan quitarse la vida, ocurre más al principio del trastorno (8) (9).
- **Los pacientes con esquizofrenia** tienen un riesgo de suicidio 8.5 veces mayor que el de la población general (9).
- La demencia no influye a la conducta suicida y si lo hace sería en las primeras etapas de ella, disminuyéndose el riesgo a medida que progresa (11).
- **Trastornos crónicos del sueño:** los ancianos suelen estar insatisfechos con la calidad de sueño en comparación con los individuos jóvenes.
- **Psicosis delirantes paranoides con conmoción y desconfianza.**
- **Abuso de drogas y alcohol.** No solo es un factor de riesgo, además es un factor precipitante. Uno de cada cuatro suicidas presenta abusa de las drogas (8).
- **Intentos previos de suicidio:** El 30-40% de las muertes por suicidio son precedidas por intentos de suicidio. A mayor número de intentos, mayor gravedad y a mayor grado de ocultación de los intentos, existe más riesgo de que el suicidio se consume.
- **Trastornos psicológicos:** sentimientos de soledad y de inutilidad, inactividad, falta de proyectos vitales, carencia de relaciones sociales, la rigidez cognitiva, la impulsividad, la desesperanza, la dificultad para resolver los problemas y el perfeccionismo pueden estar asociadas a la conducta suicida (12) (8).

FACTORES SOCIO-FAMILIARES:

Según Turvey en el análisis de datos de un estudio de cohorte prospectivo y Holt-Lunstad en una revisión metaanalítica de 148 estudios, observaron que las personas con ideación suicida y apoyo social tienen un 50% más de probabilidad de sobrevivir que las que no lo tienen ⁽¹²⁾.

- El aislamiento social, vivir solos, pérdida de autoestima y escaso apoyo familiar y social, puede desencadenar un suicidio (13).
- El “abuelo ping-pong”, que se produce cuando un anciano es trasladado de un domicilio a otro a conveniencia de los familiares, lo que provoca un deterioro de la comodidad y estabilidad del anciano (14).
- El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación o si es en contra de su voluntad puede provocar situaciones de desamparo que pueden precipitar en un acto suicida (14).
- Los **antecedentes familiares de suicidio** aumentan el riesgo de conducta suicida, sobre todo en el género femenino.
- **Situaciones estresantes** como pérdidas familiares y problemas socio-familiares pueden ser factores desencadenantes. Un artículo sobre el suicidio en el anciano publicado 2010 por la revista Journal of clinical nursing, asegura que en más del 75% de los suicidios se identifica un acontecimiento vital estresante previo, que suele estar relacionado con las pérdidas personales y los conflictos interpersonales (15).
- El suicidio es más elevado en **hombres viudos**, siendo 3 veces más alto que en los hombres con mujer o pareja. Sin embargo, según los estudios, las mujeres viudas no tienen un mayor riesgo de suicidio que las que no lo son (15).
- Un factor de riesgo suicida en la vejez es el maltrato al que algunos ancianos son sometidos por la sociedad o por familiares. Estos pacientes maltratados visitan a los médicos por supuestas exacerbaciones de su enfermedad crónica a pesar de tener un plan terapéutico eficaz (14).

El deseo de morir o el sentimiento de que la vida no merece la pena son habituales en ancianos que están enfermos y viven solos (12).

FACTORES SOCIO-AMBIENTALES: (14)

- En el 2014, el estudio IMPACT demuestra la relación existente entre las situaciones económicas difíciles y la conducta suicida, pérdidas financieras. como la jubilación o el desempleo y cargas legales (17).
- La actitud peyorativa de la sociedad hacia los ancianos y la pérdida de prestigio.
- En los ancianos, parece ser que, a mayor grado de estudios, mayor riesgo de suicidio y menor tentativa (11).
- En España, en 1991, las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes eran de 9,9 para el medio urbano y de 7,3 para el rural. A pesar de que el medio rural tiene las tasas más bajas de suicidio, se está produciendo un aumento de éstas. El motivo de este incremento puede deberse a que los servicios médicos especializados (psicólogos), se concentran en las ciudades, además en el medio rural existe un nivel educativo menor y un mayor aislamiento social (15) (18).

1.5 FACTORES PROTECTORES DEL SUICIDIO EN ANCIANOS.

Ser extrovertido, estar abierto a nuevas experiencias, cuidar de la salud de sí mismo, tener nietos o familiares jóvenes, participar en actividades de ocio, ser religioso, el afrontamiento adaptativo, falta de desesperanza y redes de apoyo social positivo, son los factores protectores más destacados en el suicidio del anciano (19).

1.6 DESARROLLO DEL SUICIDIO EN EL ANCIANO.

La conducta suicida en el anciano tiene los siguientes rasgos distintivos: Realizan menor número de autolesiones, por cada anciano suicida lo han intentado cuatro, sin embargo, por cada joven suicida, lo han intentado doscientos; usan métodos letales, siendo los métodos más utilizados el ahorcamiento, armas de fuego y precipitación de lugares elevados; dan menos señales de aviso; los actos suicidas son premeditados, reflexionados y pueden ser suicidios pasivos, es decir, se dejan morir (14) (20).

Las personas mayores expresan sus intenciones suicidas refiriendo que no desean seguir viviendo, que son una carga y que los demás estarían mejor sin ellos. Piensan que no tiene sentido que sigan viviendo y que solo están dando trabajo a sus seres queridos (21) (20).

1.7 OBJETIVOS.

Objetivo general:

Elaboración de un protocolo de actuación que recoja pautas y recomendaciones para ayudar a la correcta actuación de enfermería de atención primaria en pacientes mayores con ideación suicida manifiesta.

Objetivos específicos:

- Realizar una revisión bibliográfica de la documentación que tienen como tema el suicidio en el anciano.
- Identificar los indicadores suicidas y los factores de riesgo asociados en las personas mayores.
- Aplicar la metodología enfermera NANDA para prevenir el suicidio.
- Concienciar al personal sanitario de primer nivel, sobre la detección y correcta evaluación del riesgo suicida en los ancianos.
- Ofrecer recomendaciones al personal sanitario sobre la evaluación, el tratamiento y la prevención de la conducta suicida.

2. METODOLOGÍA, MATERIALES Y MÉTODO

El trabajo realizado se basa en la elaboración de un protocolo de actuación a partir de una revisión bibliográfica realizada desde noviembre a mayo del 2016. Para su realización, se han consultado diferentes bases de datos, y libros disponibles en la biblioteca de la facultad de enfermería de Valladolid.

Así mismo y para complementar la información obtenida, se han consultado otras publicaciones que, aunque no se encontraban dentro de las bases de datos manejadas, se han considerado de utilidad para la realización del mismo. Destacan:

- Preventing suicide, a global imperative. OMS.
- Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. OMS.
- Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento conducta suicida. MSSSI.
- Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida. Fundación española de Psiquiatría y salud mental.
- Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Sacyl. JCyL.

También se ha consultado con profesionales con experiencia en el tema a tratar, como son los enfermeros de la residencia de ancianos Riosol y enfermeros de atención primaria de los centros de salud La Victoria y Covaresa, todos ellos en la provincia de Valladolid.

El protocolo se ha realizado siguiendo los pasos establecidos en el manual metodológico sobre la elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud. (22) Además, para la realización del plan de cuidados se ha utilizado NNNconsults (23), una herramienta en línea que permite consultar los lenguajes normalizados de los diagnósticos NANDA, los resultados (NOC), y las intervenciones de enfermería (NIC) y los vínculos entre ellas.

Para realizar la búsqueda se consultaron diferentes bases de datos y las palabras claves utilizadas fueron: “Prevención suicidio anciano”, “suicidio personas mayores”, “prevención suicidio España”, “suicidio atención primaria”, “enfermería prevención suicidio”, “factor riesgo suicidio”, “protocolo enfermería suicidio”, “valoración ideación suicida”, “Factores de riesgo suicidio personas mayores”. y sus respectivas traducciones al inglés.

Los límites de la búsqueda fueron: artículos gratuitos, publicados entre el 2011-21016 y en cuanto al idioma en español, inglés y portugués. De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se escogieron los más apropiados por su tendencia y adecuación al tema, además de aquellos publicados en revistas con índice de impacto.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Elsevier: Zona de lectura.	“Prevención suicidio ancianos”	35	3
	“Suicidio atención primaria”	37	3
	“Protocolo enfermería suicidio”	20	2
PubMed	“Suicide old age”	20	3
	“Suicide risk factors”	30	1
Science direct	“Assessment suicidal ideation”	70	1
Scielo	“Suidice risk factors older adults”	18	2
	“Suicídio Envelhecimento”	8	2
Google Académico	“Prevención suicidio España”		3
Cuiden	“Enfermería prevención suicidio”	21	1
LIBRO		DISPONIBLE EN	
Suicide assessment and treatment.		Google libros	
Actualización en geriatría y gerontología II		Facultad de enfermería Valladolid	
Enfermería geriátrica. Cuidado de personas ancianas.		Facultad de enfermería Valladolid	
Enfermería psiquiátrica		Facultad de enfermería Valladolid	

Tabla 1: Fuentes de información utilizadas en la revisión bibliográfica.

Dentro de los 21 artículos de revista utilizados para realizar esta revisión bibliográfica, se encuentran 3 estudios:

- Dos estudios descriptivos transversales o de prevalencia; uno de ellos publicado en 2014, estudia la relación entre diferentes factores de riesgo y el suicidio consumado (6) y en otro denominado estudio IMPACT que relaciona la influencia de la crisis económica y el número de suicidios (17).
- Un estudio descriptivo informativo sobre los conocimientos que necesitan poseer las enfermeras de AP para intervenir eficazmente en la prevención del suicidio (24).

Población diana:

Este protocolo irá destinado a todos los pacientes mayores, los que han sobrevivido a un intento de suicidio, los que manifiestan ideación suicida en la consulta y los que tienen ideación suicida pero no la expresan. En todos los casos, la enfermera debe evaluar a través de la entrevista, contar con información externa, y establecer un plan con el paciente (7).

Profesionales a los que va dirigido:

Dicho protocolo irá dirigido a enfermeras de AP ya que ellas son el primer contacto con el sistema de salud y ocupan un lugar privilegiado y clave en la AP; a diario se comunican con muchos pacientes y familiares lo que les permite observar conductas y actitudes en la población que son indicadores o factores de riesgo para diferentes enfermedades y comportamientos no saludables como el suicidio (24) (25).

3. DESARROLLO DEL TEMA Y RESULTADOS

Según la bibliografía consultada, un protocolo para la prevención del suicidio debe constar de dos partes; una primera en la que se evalúe y diagnostique la ideación suicida y una segunda destinada a la prevención de la conducta suicida mediante un plan de cuidados estandarizado para el paciente con ideación suicida manifiesta.

3.1 EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA:

Tras la manifestación de una ideación suicida, la enfermera evaluará el riesgo de suicidio utilizando la entrevista clínica y la aplicación de diversas escalas (16).

ENTREVISTA:

Para comenzar hay que intentar establecer una relación mínima de confianza para que el paciente no tenga dificultades al hablarnos del tema (11) (25). La valoración de enfermería del paciente con tentativas suicidas ha de comprender una historia clínica detallada, para lo que puede ser necesario obtener información de los familiares (25). Deberían tenerse en cuenta todas las situaciones de pérdidas o cambios que experimenta el anciano: cambio en el estado físico y emocional, pérdidas, decepciones, cambios de vivienda... (26) (24) (27).

La entrevista clínica es esencial en la evaluación del riesgo de suicidio. Ésta se constituirá por una serie de **preguntas recomendadas por la OMS para la valoración de las ideas suicidas** y la posibilidad real de suicidio (*Anexo I*). (7).

Se recomienda explorar los pensamientos suicidas en los pacientes sospechosos, esto no aumentará el riesgo. Las preguntas sobre la ideación suicida deben realizarse de forma graduada y exponerlas de forma cálida y empática. Si se confirma el riesgo, es necesario realizar preguntas específicas, como la frecuencia y el grado de planificación (28) (27).

Además de realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral del riesgo de suicidio.

Por lo tanto, en la entrevista se deberá realizar una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya (7) (8):

Factores psicológicos y contextuales	Características de la conducta suicida
Situación personal, relaciones sociales, acontecimientos vitales, historia clínica de trastorno mental, intentos de suicidio y/o abuso de alcohol y drogas.	Intencionalidad, elaboración del plan, letalidad, método elegido, características personales como la edad y el sexo y características contextuales como discapacidad, enfermedades y aislamientos sociales.

Tabla 2: Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Elaboración propia

El escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, la experiencia y la preparación del entrevistador son factores que influyen en la entrevista. Los pacientes expresan mayor satisfacción cuando en la entrevista clínica los profesionales los implican en las decisiones sobre el tratamiento y les explican los objetivos y finalidad de la evaluación (29) (28) (25).

Aciertos en la entrevista clínica	Errores en la entrevista clínica.
<ul style="list-style-type: none"> -Mostrar claridad y respeto en el tema. -Transmitir deseo de ayudar. -Mostrar calma y seguridad. -Profundizar con detalle en el tema. -Comunicar a los familiares el posible riesgo. -Manejar, si la situación lo requiere, el humor. -Atender a lo que la persona dice, pero también a su expresión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar comentarios moralizantes. -Intentar convencer a la persona sobre su conducta inadecuada. -Realizar preguntas morbosas. -Mostrarse avergonzado y entrar en pánico. -Decir que todo estará bien. -Retar a la persona a seguir adelante y hacer parecer el problema como algo ligero. -Dar falsas garantías.

Tabla 3: Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Elaboración propia

Es importante saber si el paciente tiene una planificación de la idea suicida y si posee los medios necesarios para llevarla a cabo. **Ante estos pacientes, debemos:** (8) (28) (27)

- Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación, así como de su custodia.
- Acompañamiento constante por parte de familiares, así como restricción de acceso a métodos letales, en particular al ideado.
- Aceptación por paciente y familia del seguimiento y derivación según necesidad.

Toda la información obtenida en la entrevista deberá registrarse en la historia clínica. (8)

Derivación de un paciente con conducta suicida: Una vez detectado el riesgo suicida, la enfermera deberá valorar con el médico de AP la necesidad de derivación la cual dependerá de las características clínicas del cuadro y de la historia clínica del propio paciente (8) (7).

En el caso de intento de suicidio se recomienda la derivación a urgencias hospitalarias:

- Necesidad de tratamiento médico por lesiones, no susceptibles de ser atendidas en AP.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación.

En el caso de intento de suicidio y en ausencia de los puntos anteriores se recomienda la derivación urgente a un servicio de salud mental:

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado o duda sobre la gravedad del intento
- Presencia de enfermedad mental grave.
- Conducta autolítica grave reciente o intentos de suicidio previos.
- Situación socio familiar de riesgo o de falta de apoyo.
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.

En el caso de ideación o conducta suicida se considerará la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana).

- Alivio tras la entrevista.
- Intención de control de impulsos suicidas.
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas.
- Apoyo socio-familiar efectivo.

Tabla 4: Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Elaboración propia

En el caso de depresión en el anciano la psicoterapia es especialmente útil. La psicoterapia más apropiada para el anciano con depresión es la de tipo cognitivo-conceptual con apoyo y educación familiar. La psicoterapia ayuda a los ancianos a enfrentarse a los problemas que le rodean y mejora las relaciones interpersonales (30).

EVALUACIÓN Y ESCALAS.

En la evaluación de las conductas suicidas nos podemos ayudar de instrumentos psicométricos. Lo más importante de estos instrumentos, más que su validez, es la gran cantidad de información que de manera sistematizada nos permiten recoger (11).

Aunque no evalúa directamente el riesgo de suicidio, **el cuestionario de Barber** evalúa la situación de riesgo en la que se encuentra un anciano, y, como ya hemos explicado en los factores de riesgos, un anciano de riesgo es un anciano que posiblemente tenga ideaciones suicidas debido a la complicada situación a la que se enfrenta. (*Anexo II*) (31).

De las escalas revisadas, aquellas que han demostrado adecuadas propiedades para la valoración del riesgo suicida y están validadas en España son: (8)

- **Escala de depresión geriátrica, test de Yesavage (Anexo III).** (30)
- **Escala de Riesgo Sude Plutchik (Risk of Suicide, RS).** Escala adaptada y validada en la población española. Se trata de un cuestionario autoadministrado y sencillo que el paciente puede realizar durante la entrevista. (Anexo IV).
- **Escala de intencionalidad suicida de Beck (Anexo V):** Escala heteroaplicada, cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y la probabilidad de un nuevo intento. Existe una versión adaptada y validada en España.
- **Escala de Sad Persons:** Escala heteroaplicada. No se ha localizado ningún estudio donde se evalúen sus propiedades psicométricas en España, no obstante, ha sido recomendada en nuestro país por su alto contenido didáctico, su facilidad de aplicación y su posible uso en AP. Además, divide al paciente en 4 niveles de riesgo. (Anexo VI).

El programa SUPRE de la OMS recoge **recomendaciones para el personal de AP sobre el manejo de personas potencialmente suicidas según nivel de riesgo (Anexo VII)** (29).

Toda la información obtenida en la entrevista deberá registrarse en la historia clínica (8).

DIAGNÓSTICO NANDA: RIESGO DE SUICIDIO (00150).

Una vez establecido este diagnóstico, y por tanto, el riesgo de suicido, se aplicarán los objetivos, intervenciones y actividades de enfermería de dicho diagnóstico aplicables a las personas mayores.

El personal de enfermería consultará con el médico de AP del paciente para su derivación al servicio de salud correspondiente, además deberá, por su parte, llevar a cabo el plan de cuidados establecido para los pacientes con riesgo de conducta suicida y, por tanto, mantener un control periódico de los mismo.

3.2 PREVENCIÓN: PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES MAYORES CON RIESGO DE SUICIDIO.

OBJETIVOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
[1409]Autocontrol de la depresión. - Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores. - Refiere mejoría en el estado de ánimo. - Evita el mal uso de fármacos sin receta. - Refiere dormir de forma adecuada	- [5330] Control del estado de ánimo.	- Evaluar estado de ánimo. - Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente de daños físicos. - Ayudar al paciente a manifestar los sentimientos de una forma adecuada. - Enseñar técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
	- [5395] Mejora la autoconfianza	- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar su conducta. - Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. - Explorar el desencadenante de las emociones.
	- [5270] Apoyo emocional.	- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
	- [5290] Facilitar el duelo.	- Identificar la pérdida. - Apoyar a la progresión a través de los estadios personales del duelo.
	- [2380] Manejo de la medicación.	- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.
[1410]Autocontrol del impulso suicida. - [140801] Expresa sentimientos. - [140802] Verbaliza ideas de suicidio - [140805] Verbaliza control de impulsos. - [140810] Revela planes de suicidio si existen.	- [6487] Manejo ambiental: Prevención de la violencia.	- Controlar de forma sistémica el ambiente para mantenerlo libre de peligros- - Determinar el motivo de la conducta.
	- [4354] Manejo de la conducta: autolesión	- Comunicas las expectativas y consecuencias de la conducta al paciente. - Comunicar riesgo a los demás cuidadores.
	- [6340] Prevención del suicidio.	- Instruir al paciente estrategias de afrontamiento. - Ayudar al paciente a identificar las situaciones/sentimientos que puedan provocar la autolesión.
[1614]Autonomía personal. . [161401] Toma decisiones vitales informadas. - [161410] Afirma las preferencias personales. - [161412] Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.	- [5250] Apoyo en la toma de decisiones.	-Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. -Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
	- [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo	- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. - Valorar las razones del paciente para desear cambiar. - Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.

[1205] Autoestima. - [120502] Verbalización de autoaceptación. - [120502] Aceptación de las propias limitaciones. - [120511] Nivel de confianza.	- [5220] Mejorar la imagen corporal	- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. -Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por el envejecimiento según corresponda.
	- [5400] Potenciación de la autoestima	- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. - Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. -Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente según corresponda.
	- [5270] Apoyo emocional	- Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Animar al paciente a que exprese sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
[2002] Bienestar personal. - [200202] Salud psicológica. - [200205] Salud física. - [200208] Capacidad de relax. - [200209] Nivel de felicidad.	- [5480] Clarificación de valores.	- Crear una atmosfera de aceptación, sin prejuicios. - Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación.
	- [180] Manejo de la energía.	- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados. - Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga.
[1903] Control del dolor. - [160501] Reconoce factores causales. - [160503] Utiliza medidas preventivas. -[160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas. - [160505] Utiliza los analgésicos apropiadamente.	- [2380] Manejo del dolor.	- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. - Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.
	- [5900] Distracción.	- Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda.
[0121] Desarrollo adulto mayor - [12101] Mantiene la función cognitiva. - [12103] Mantiene las habilidades para resolver problemas. [12107] Afronta la pérdida personal. [12108] Afronta la propia mortalidad. [12109] Mantiene intereses por la vida.	- [1800] Ayuda con el autocuidado	- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. - Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. - Establecer una rutina de actividades de autocuidado.
	- [5310] Dar esperanza	- Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. - Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual - Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.

<p>[1206]Deseo de vivir. - [120601] Expresión de determinación de vivir.</p>	<p>- [5230] Mejorar el afrontamiento</p>	<p>- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.</p>
<p>[1204]Equilibrio emocional. - [120402] Muestra un estado de ánimo sereno. - [120403] Muestra control de los impulsos.</p>	<p>- [5240] Asesoramiento.</p>	<p>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Demostrar empatía, calidez y sinceridad. - Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.</p>
<p>[2603]Integridad de la familia. - [260303] Los miembros se expresan afecto. [260304] Los miembros se ayudan entre sí para desempeñar los roles y las tareas diarias. [260309] Implica a los miembros de la familia en la resolución de problemas.</p>	<p>- [7100] Estimulación de la integridad familiar.</p>	<p>- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. - Determinar la comprensión familiar de la dolencia.</p>
<p>[1504]Soporte social. - [150405] Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas. - [150406] Refiere relaciones de confianza. - [150411] Refiere una red social estable.</p>	<p>- [7130] Mantenimiento de procesos familiares.</p>	<p>- Determinar la alteración de los procesos familiares típicos. - Animar a establecer un contacto continuado con los familiares, según corresponda. - Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.</p>
	<p>- [5440] Aumentar sistemas de apoyo.</p>	<p>- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. - Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</p>
	<p>- [5430] Grupo de apoyo. - [5100] Potenciación de la socialización.</p>	<p>- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. - Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas. - Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p>

Tabla 6: Plan de cuidados generalizado al paciente mayor con riesgo de suicidio. Fuente: NNNConsults. Elaboración propia.

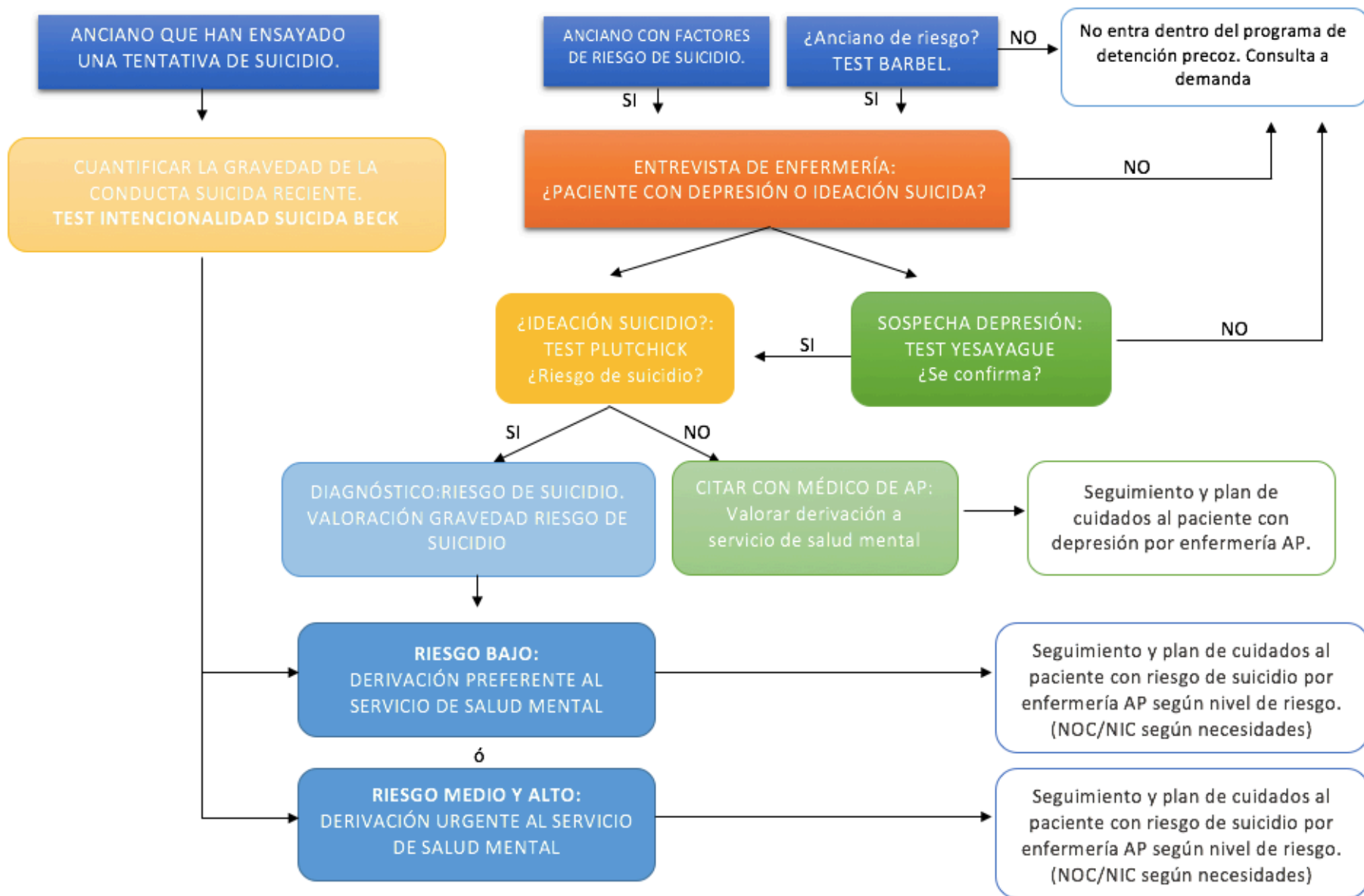


Ilustración 3: Pictograma de actuación para enfermería de AP ante paciente con sospecha de riesgo suicida. Elaboración propia.

4. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

El incremento del suicidio en la población anciana requiere una atención urgente, la utilización de recursos y la creación de protocolos especializados y adecuados para las personas mayores. Todo plan de prevención de suicidios deberá incorporar métodos de prevención destinados en concreto a los adultos mayores ya que será el suicidio que ocurra en mayor medida.

Los proyectos actuales de abordaje del suicidio son escasos y se centran en las ideas autolíticas cuando el peligro es inminente. A diferencia de estos proyectos, en este trabajo se pretende detectar a los pacientes de forma precoz y la consiguiente posibilidad de ayudar al paciente del problema.

En este protocolo se deberá de incluir actuaciones prolongadas durante el paso del tiempo, informando y conociendo los factores de riesgo y de protección de los pacientes mayores con riesgo de suicidio, así como las formas de evaluar el riesgo suicida.

Además, deben considerarse los métodos de prevención universal, como la limitación del acceso a medios muy letales en los ancianos en riesgo y los cambios de actitudes y sesgos que les hacen ser reacios a acudir a una asistencia de salud mental accesible y eficaz.

Una vez creado el plan de detención y prevención del suicidio, sería interesante elaborar un programa de formación para los profesionales de primer nivel sobre el suicidio, la actuación de enfermería en estas ocasiones y la comunicación entre los diferentes servicios de salud. En este trabajo se ha creado un **tríptico informativo sobre el riesgo de suicidio**, su detención precoz y los pasos a seguir en estos casos, para poder distribuir a los sanitarios de primer nivel y así concienciar en la medida de lo posible sobre la importancia de prevenir este trágico suceso. (*Anexo VIII Tríptico: Enfermería de AP y el suicidio en ancianos, una necesidad clínica no resuelta*).

5. CONCLUSION

- ✓ El suicidio es un tema tabú para la población española, apenas existen datos oficiales y no hay ningún programa para su prevención instaurado a nivel nacional.
- ✓ La depresión mayor es el principal factor desencadenante, por lo que es imprescindible su diagnóstico precoz y un adecuado seguimiento y tratamiento por los profesionales de atención primaria, que además cuentan con la ayuda de expertos de salud mental.
- ✓ Los enfermeros de AP son los primeros en detectar los síntomas y signos de un trastorno en el estado de ánimo.
- ✓ Según un artículo publicado en 2013 sobre las intervenciones más eficientes para prevenir el suicidio, además del tratamiento de las enfermedades psicológicas, las intervenciones que mayor beneficio presentan son las estrategias de prevención clásicas como la formación de cuidadores, la accesibilidad de atención y el asesoramiento sobre los servicios existentes para la población mayor aislada (32).
- ✓ La tasa de suicidio solo podrá lograrse si se mejora la capacidad de reconocer la tentativa suicida en AP.
- ✓ La enfermera de atención primaria deberá hacer especial hincapié en el mantenimiento de la conexión con las familias, amigos y comunidades a fin de prevenir las conductas suicidas.
- ✓ La aplicación de este protocolo abriría la posibilidad a nuevas líneas de investigación sobre cuáles serían las actividades de enfermería con las que mejores resultados se obtendría sobre los pacientes con riesgo de suicidio.
- ✓ Otra posible área interesante a estudiar sería la educación por parte de los profesionales de atención primaria a familias con pacientes con riesgo de conducta suicida. Actualmente existen programas de atención primaria para el cuidador principal familiar que atiende a pacientes inmovilizados, crónicos, demenciados o terminales, pero dentro de dichos programas no hay cabida para los cuidadores de personas con este problema.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2014 [consultado el 5 de febrero de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
2. Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano. Revista colombiana de psiquiatría [Internet]. 2013 Noviembre 15 [consultado el 17 de febrero de 2016]; 43(S1): p. 80-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-suicidio-el-anciano-90323286>
3. SACYL. Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales [Internet]. Valladolid: Gerencia regional de salud; 2009 [consultado el 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales>
4. Suelves JM, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. Medicina legal [Internet]. 2012 Octubre 8 [consultado el 12 de mayo del 2016]; 38(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-española-medicina-legal-285-articulo-la-conducta-suicida-una-mirada-salud-publica-90167634>
5. Saiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Psiquiatría y salud mental [Internet]. 2014 Enero [consultado el 22 de febrero del 2016]; 7(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-prevencion-del-suicidio-espana-una-90273709>
6. Leandro-França C, Giardini Murta S. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. Psicologia: ciencia e profissão [Internet]. 2014 Marzo [consultado el 3 de marzo de 2016]; 34(2): p. 318-29. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000200005
7. Gobierno de Navarra. Protocolo de prevención y actuación ante conductas suicidas [Internet]. Navarra; 2014 [consultado el 23 de febrero de 2016]. Disponible: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Publicaciones/OtrasPublicaciones/protocolosuicidio.htm

8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
9. Ayuso Mateos JL, Baca García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 2012 Enero 16 [consultado el 27 de mayo de 2016]; 5(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-comportamiento-suicida-espana-90102751>
10. Andreescu C, F. Reynolds C. Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos caminos prometedores para la investigación y la práctica clínica. *Psiquiatría biológica* [Internet]. 2012 Septiembre [consultado el 3 de mayo de 2016]; 19(4): p. 116-126. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90181166&pidet_usuario=0&pcotactid=&pidet_revista=46&ty=41&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=46v19n04a90181166pdf001.pdf
11. Sáiz García J, Cervera Díaz MC. *Actuación en geriatría y geronrología II*. 4th ed. Alcalá la Real: Alcalá grupo editorial; 2009.
12. Conwell Y, Van Orden K, D. Caine E. Suicidio en ancianos. *Psiquiatría biológica* [Internet]. 2012 [consultado el 17 de mayo de 2016]; 19(4): p. 127-36. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-suicidio-ancianos-90181167>
13. P. Kiriakidis S. Elderly suicide: Risk Factors and preventive strategies. *Ann Gerontol Geriatric* [Internet]. 2015 Marzo 5 [consultado el 17 de febrero del 2016]; 2(2): p. 1028. Disponible en: <http://www.jsimedcentral.com/Gerontology/gerontology-2-1028.pdf>
14. Pérez Barrero S. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciencia y salud colectiva* [Internet]. 2012 Agosto [consultado el 25 de febrero de 2016]; 17(8). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-suicidio-el-anciano-90323286>

15. Fung YL, CY Chan Z. A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. Journal of clinical nursing [Internet]. 2011 Agosto [consultado el 3 de Mayo de 2016]; 20(15-16): p. 2109-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21535272>

16. Chiclana C, Giner L. Protocolo diagnostico del paciente con riesgo de suicidio. Medicine [Internet]. 2011 September [consultado el 5 de mayo del 2016]; 10(85): p. 5777-81. Disponible en:

17. Gili M, García Camapayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SEPSAS. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2013 Febrero 11 [consultado el 22 de febrero de 2016]; 28(S1): p. 104-108. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/CrisisEconomicaSaludMental-InformeSESPAS.pdf>

18. Ruíz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2006 [consultado el 3 de mayo de 2016]; 20 (Supl 1): p. 25-31. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piiItem=S0213911106715631&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoItem>

19. Worchel D, E. Gearing R. Suicide assessment and treatment [Internet]. New York: Springer publishing company LLC; 2010 [consultado el 18 de febrero de 2016]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=fD_0Ef--xVcC&pg=PR4&lpg

20. Silva de Sousa G, Magalhães da Silva R, Bastos Figueiredo AE, de Souza Minayo MC, de Souza Vieira LJE. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. Psicologia: ciencia e profissão [Internet]. 2014 Marzo [consultado el 25 de febreo de 2016] 389-402; 18(49): p. 389-402. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130241.pdf>

21. Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en el anciano. Ciencia&Saúde Colectiva [Internet]. 2012 [consultado el 15 de Marzo de 2016]; 17(8): p. 2011-16. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/12.pdf>

22. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2006/OI.

23. RelxGroup. NNNConsults [Internet]. Elsevier; 2014. [Citado el 12 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/nanda/150>

24. Blanca Casas S, Guilbert Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. Revista cubana de enfermería [Internet]. 1998 [consulta el 10 de mayo de 2016]; 15(2): p. 117-123. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v14n2/enf07298.pdf>

25. L. Videbeck S. Enfermería psiquiátrica. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.

26. O. Hogstel M. Enfermería geriátrica cuidado de personas ancianas. Madrid: Paraninfo editorial; 1998.

27. NCOA. Issue Brief 4: Preventing suicide in Older adults [Internet]. 2012. [Citado el 11 Abril 2016] Disponible en: <https://www.ncoa.org/center-for-healthy-aging/behavioral-health/older-americans-behavioral-health-series/>

28. K. McDowell A, W. Linerberry T, Bostwick JM. Practical suicide-risk Management for the Busy Primary Care Physician. Mayo Clinic Proceedings [Internet]. 2011 Agosto [consultado el 3 de marzo de 2016]; 86(8): p. 792-800. Disponible en: [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)65181-1/pdf](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)65181-1/pdf)

29. Departamento de salud mental y toxicomanías OMS. Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. [Internet]. Ginebra; 2000. [Citado el 17 de Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/9241545941/es/>

30. Fuentes Cuenca S, Mérida Casado E. Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. Medicine [Internet]. 2011 [consultado el 17 de marzo de 2016]; 10(86): p. 5851-4. Disponible en: http://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema2/documentos/C7/C7D_20.pdf

31. SACYL. Cartera de servicios de atención primaria [Internet]. Valladolid: Portal de salud Castilla y León; 2011. [Citado el 10 de mayo 2016]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/cartera-servicios-atencion-primaria>

32. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. Revue d'Épidemiologie et de santé Publique [Internet]. 2013 Enero 29 [consultado el 23 de marzo de 2016]; 61: p. 363-74. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002885/pdf?md5=f73d23ec3175e7175ecedd03dba05239&pid=1-s2.0-S0398762013002885-main.pdf>

7. ANEXOS

ANEXO I: RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA EXPLORACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA(29).

Cómo preguntar:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseos de suicidarse?

Cuándo preguntar:

- Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida.
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos.
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia.

Qué preguntar:

- Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Tabla 7: Fuente: Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. (OMS).

ANEXO II: CUESTIONARIO DE BARBER (31).

Detención de situación de riesgo en el anciano.

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quién acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ja estado ingresado en el hospital el último año?

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

ANEXO III: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA, TEST DE YESAVAGE (30).

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Tabla 8: Test Yesavage. Fuente: Servicio andaluz de salud. Consejería de salud.

Cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15 ítems:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,15 y 15 y negativas en los ítems 1,5,7,11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0-4: Normal.
 - 5 o más: Depresión.
- **Versión de 5 ítems:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3,4 y 8 y negativas en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1:
 - Más de 2 depresión.

ANEXO IV: ESCALA DE RIESGO PLUTCHIK (RISK OF SUICIDE, RS).

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
Puntuación Total		

Tabla 9: Escala de riesgo Plutchick. Fuente: Servicio andaluz de salud. Consejería de salud.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor riesgo de suicidio. Para la versión española los autores proponen un punto de corte de 6 (mayor de 6 riesgo de suicidio).

ANEXO V: ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK.

I. Circunstancias objetivas
1. <i>Aislamiento</i> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme
9. <i>Propósito supuesto del intento</i> 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i> 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i> 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i> 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Tabla 10: Suicide Intent Scale (SIS). Fuente: Universidad de Valladolid.

Se trata de un instrumento heteroaplicado. Se recomienda su utilización en personas que han ensayado una tentativa de suicidio. Consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2). Está formada por tres partes:

- Parte objetiva: ítems 1 a 8 y explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio.
- Parte subjetiva: ítems 9 a 15. Valora las expectativas durante la tentativa.
- Otros aspectos: ítems 16 a 20.

La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 15 (los 5 últimos no puntúan). No existe punto de corte propuesto. A mayor puntuación, mayor gravedad.

ANEXO VI: ESCALA DE SAD PERSONS.

CRITERIOS	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad, < de 20 años o mayor de 45.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis, trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N: No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática		
PUNTUACIÓN.		

Tabla 11: Escala Sad Persons. Guía de Práctica Clínica de prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y tratamiento. Elaboración propia.

Cada ítem contestado como sí vale 1 punto.

- De 0 a 2: Riesgo bajo. Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- De 3 a 4: Riesgo medio: Seguimiento ambulatorio intensivo.
- De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si no hay apoyo social.
- De 7 a 10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

ANEXO VII: RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE COMO MANEJAR
PERSONAS POTENCIALMENTE SUICIDAS, SEGÚN SU NIVEL DE RIESGO.

RIESGO	ACCIONES
<p>Bajo: la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho ningún plan.</p> <p><i>(Puntuación +/- 6 - 8 en el test de Plutchick y 0-2 en la escala SAD PERSONS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer apoyo emocional. -Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir. -Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo ha resuelto los problemas anteriores, sin recurrir al suicidio. -Derivar a la persona a un médico o a un profesional de Salud Mental. -Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en contacto continuado.
<p>Medio: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.</p> <p><i>(Puntuación +/- de 9 a 12 en el test de Plutchick y de 3-4 en la escala SAD PERSONS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. -Usar la ambivalencia. El abordaje deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir. -Explorar alternativas al suicidio. Se tratará de explorar diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas. -Pactar un contrato. La persona debe prometer no cometer suicidio <ul style="list-style-type: none"> - Sin contactar previamente con personal sanitario -Por un periodo específico de tiempo. -Remitir a la persona al psiquiatra. -Contactar con la familia, los amigos, y conseguir su apoyo.
<p>Alto: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.</p> <p><i>(Puntuación +/- de 13 a 15 en el test de Plutchick y de 5-6 y 7 10 en la escala SAD PERSONS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Permanezca con la persona. Nunca la deje sola. -Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio. -Haga un contrato de no suicidio. -Ponga en marcha la derivación inmediata del paciente a un centro sanitario.

Tabla 12: Tabla 6: Fuente: Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. (OMS). Elaboración propia.



¿Cómo actuar una vez evaluado el riesgo?

Una vez diagnosticado el riesgo de suicidio, el personal de enfermería además de consultar con el médico de AP del paciente para su derivación al servicio de salud correspondiente, deberá, por su parte, llevar a cabo el plan de cuidados establecido para los pacientes con riesgo de conducta suicida dependiendo del nivel de riesgo y por tanto, mantener un control periódico de los mismo.

Ante estos pacientes debemos:

- Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia.
- Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a métodos letales, en particular al ideado.
- Aceptación por paciente y familia del seguimiento y derivación según necesidad.

Actuaciones de enfermería según nivel de riesgo de suicidio.

RIESGO	ACCIONES
BAJO: la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, como "no puedo seguir adelante", pero no ha hecho ningún plan	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo emocional. - Trabajar a través de los sentimientos suicidas. - Hablar del tema abiertamente. - Centrarse en las fortalezas positivas de la persona.
MEDIO: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo emocional y explorar alternativas al suicidio. - El abordaje deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir. - Remitir a la persona al psiquiatra de manera preferente. - contactar con la familia y los amigos, y conseguir su apoyo.
ALTO: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Permanezca con la persona. Nunca la deje sola. - Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio. - Haga un contrato de no suicidio. - Derivación urgente a un servicio de salud mental.



ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SUICIDIO EN ANCIANOS

Una necesidad clínica no resuelta.



NATALIA VICENTE LORENZO
 Facultad de enfermería, Valladolid
 Teléfono: 657513784
 Correo electrónico: [vicentna@gmail.com]



¿Porqué en la población mayor?

El suicidio en los ancianos constituye una significativa causa de muerte, ya que en las últimas décadas el crecimiento de la población mayor de 60 años se ha visto aumentado, principalmente en los países desarrollados. Por este motivo es necesario estudiar las diferentes causas de riesgo en la vejez para poder aminorar dicha predicción:

Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, sin embargo, utilizan métodos más efectivos, lo que provoca una mayor letalidad. En el año 2000 en España se produjeron 3.393 muertes por suicidio de las cuales 1.445 eran mayores de 60 años.

¿Porqué el personal sanitario de atención primaria?

El 75% de las personas que se suicidan estuvieron el año anterior en una consulta de atención primaria. Los enfermeros de AP son los primeros en detectar los síntomas y signos de un trastorno en el estado de ánimo.

“Aquel que tiene un porqué para vivir puede enfrentarse a todos los cómo”.

¿Cuáles son los factores de riesgo y factores protectores en los ancianos?

Las conductas suicidas no suelen ser sucesos aleatorios, sino que están sujetos a determinantes parcialmente conocidos. La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo suicida es de gran importancia, ya que el riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores de riesgo.

Factores de riesgo	Factores protectores
<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de trastornos mentales. - Intentos previos de suicidio. - Desesperanza. - Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad. - Historia familiar de suicidio. - Presencia de eventos vitales estresantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena habilidad para resolver los problemas. - Coniza en uno mismo. - Habilidades sociales. - Hijos. - Flexibilidad cognitiva. - Religión, espiritualidad. - Adopción de valores culturales y tradicionales. - Tratamiento de la enfermedad física/mental.



Para la detección del riesgo suicida es importante realizar una correcta **entrevista al paciente**, la cual deberá asentarse en una relación de confianza con el paciente para que el no tenga dificultades en hablarnos del tema.

¿Qué evaluar una vez detectado el riesgo?

Características de la Ideación suicida	Características del Intento de suicidio
<ul style="list-style-type: none"> - Planificación. - Evolución-Frecuencia. - Valoración intencionalidad y determinación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desencadenantes. - Valoración de la intencionalidad. - Letalidad de la conducta. - Método. - Despedidas en días previos.
Evaluación clínica	Tipo de conducta suicida
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración nivel de conciencia. - Afectación de la capacidad mental. - Enfermedades mentales. - Planes de suicidio - Necesidad de valoración por parte de especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida. - Comunicación suicida. - Conducta suicida.

En la evaluación de las conductas suicidas nos podemos ayudar de **instrumentos psicométricos**.

Recomendamos:

- Escala de Riesgo suicida Plutchik.
- Escala de intencionalidad suicida de Beck.
- Escala de Sad Persons.