



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO**

IDEACIÓN SUICIDA EN EL ADULTO MAYOR EN HOGARES DE LARGA ESTANCIA DEL DEPARTAMENTO DE FLORIDA

Autoras:

Patricia Carrión
Natalia Diffilippo
Mariela González
Daniela López
Cecilia Marichal

Tutoras:

Prof. Mag. Miriam Costabel
Prof. Adj. Mag. Mariela Balbuena

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2015

Tabla de contenido

Glosario	3
Resumen	4
Introducción	5
Planteamiento del problema	6
Fundamentación	7
Antecedentes	12
Marco teórico	20
Objetivos	35
Metodología	36
Matriz de operacionalización de variables	37
Consideraciones éticas	39
Plan de análisis	40
Consideraciones posteriores al plan piloto	41
Cronograma de actividades.....	42
Presentación y Análisis de datos	44
Caracterización de la Muestra	44
Ideación Suicida	52
Caracterización de individuos que presentaron ideación suicida	53
Resultados	61
Discusión	64
Conclusiones	69
Sugerencias	71
Anexos	72
Anexo I – Instrumentos de recolección de datos	72
i) Instrumento de relevamiento sócio-demográfico.....	72
ii) Test de Pfeiffer.....	73
iii) Escala de Ideación Suicida.....	74
Anexo II – Disposiciones éticas	78
Anexo III - Matriz de operalización de datos	80
Bibliografía	81

Glosario

AM	Adultos Mayores
SIS	Suicide Ideation Scale
IS	Ideación Suicida
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
MSP	Ministerio de Salud Pública
MIDES	Ministerio de Desarrollo y Seguridad Social
IAE	Intento de autoeliminación

Resumen

El suicidio forma parte de una situación epidemiológica alarmante en los últimos 45 años, ya sea por su constante alza, la falta de sensibilización de la población y por los mitos y tabúes que rodean el tema, además del complejo accionar necesario para su prevención.

El presente estudio forma parte de una investigación del tipo descriptiva cuali-cuantitativa de corte transversal, en tres residenciales de Adultos Mayores (AM) en el Departamento de Florida, durante el año 2015.

La población estudiada fueron 47 AM, de ambos sexos, institucionalizados, a los cuales, para cumplir con los criterios de selección especificados en el estudio se les aplicó el test de Pfeiffer como forma de relevamiento del nivel cognitivo de los mismos, quedando así una muestra de 30 individuos. Posteriormente se les aplicó la escala de Ideación Suicida de Beck y cols (SIS por sus siglas en inglés Suicide Ideation Scale). Además de la aplicación de un instrumento de relevamiento socio-demográfico, elaborado por las estudiantes.

Dentro de los resultados alcanzados se observó una prevalencia de un 23% de Ideación Suicida (IS) en AM residentes en hogares de larga estancia. Se constataron factores de riesgo relevantes en la ideación como la edad, el estado civil y la falta de actividades recreativas. Así como también, el apoyo familiar se presenta como el principal factor disuasorio de intento de suicidio.

Palabras claves: Ideación Suicida, Adulto Mayor, institucionalización.



Introducción

En el marco del Trabajo final de investigación, de la carrera Licenciatura en Enfermería, es que cinco estudiantes realizaron la siguiente investigación titulada “Ideación Suicida en el Adulto Mayor en hogares de larga estancia del Departamento de Florida”, bajo el enfoque de la Cátedra Adulto y Anciano a cargo de la tutoría de las Prof. Mag. Directora de Cátedra Miriam Costabel y Prof. Adj. Mag. Mariela Balbuena, durante el año 2015.

Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cuali-cuantitativo de corte transversal, realizado en tres residenciales del Departamento de Florida, su objetivo general es conocer la prevalencia de la IS en dicha población.

Para ello se realizaron una serie de entrevistas semi-estructuradas, en las cuales se aplicaba en primera instancia un instrumento de relevamiento socio-demográfico y de valoración cognitiva (mediante el test de Pfeiffer); y posteriormente se aplicaba la SIS.

Los datos se tabularon siguiendo la estadística descriptiva, mediante la realización de tablas y gráficos, incluye análisis univariado, discusiones y conclusiones de la investigación.



Planteamiento del problema

Título de la investigación:

Ideación Suicida en el Adulto Mayor en Hogares de larga estancia en el Departamento de Florida.

Pregunta problema:

¿Cuál es la prevalencia de la Ideación Suicida en el Adulto Mayor institucionalizado en la población de tres hogares de larga estancia en el Departamento de Florida, en el período comprendido entre los meses de julio-agosto de 2015?

Fundamentación

En la actualidad el suicidio sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, preocupando la situación epidemiológica en constante alza en los últimos 45 años, y en donde las tentativas de suicidio son 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados, sumado a ello la falta de sensibilización de la población junto con todos los mitos y tabúes que rodean este tema. Lo expuesto hace de la prevención del suicidio una misión verdaderamente compleja, y que solamente se podrá abordar, con el trabajo en equipo y el compromiso de los gobiernos y las comunidades¹.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012 se registraron 804.000 muertes por suicidio, representando de esta forma una tasa anual mundial de 11,4 por cada 100.000 habitantes. Aunque al interpretar estas cifras debe tenerse en cuenta que aún existe en muchos países dificultades en los registros, tal como indica la OMS: "...el suicidio es un asunto sensitivo, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente exista sub-notificación. En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa. El registro de un suicidio es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, inclusive a menudo a la policía. En los países sin registro fiable de las muertes los suicidios, simplemente, no se cuentan."²

En 1998 el suicidio representó el 1,8% de la carga global de morbilidad a nivel mundial, por lo que se estima que para el 2020 esa cifra llegue al 2,4%.³

Debido a que este es un problema multifactorial, en donde no solo interviene el individuo en sí, sino que su entorno cobra una gran importancia en esta situación; es por ello que es necesario abordar esta problemática desde una perspectiva integral, atendiendo todos los factores de riesgo que puedan incidir en el comportamiento suicida.

En lo que refiere al suicidio en las Américas y según el último informe regional de suicidio publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴ del año 2014, la tasa de suicidio anual es de 7,3 por cada 100.000 habitantes en el período 2005-2009, es decir que cada hora más de 7 personas cometen suicidio. En lo que refiere al género y edad, se tiene que los hombres presentan mayores tasas de suicidio que las mujeres, y la relación más alta registrada (7,9) es en el grupo de personas mayores de 70 años, en cuanto a la edad la tasa de suicidio más elevada (12,4 por cada 100.000 habitantes) se registró en el grupo de personas con 70 años o más, siendo así la edad un factor de riesgo a considerar, y más aún si tenemos en cuenta que el envejecimiento poblacional es una problemática que va en aumento.¹

¹ Según indican Garay Albarracín *et alii*: "Cerca de 580 millones de personas tienen actualmente más de 60 años de edad, es decir, una de cada diez personas en América Latina; y el Caribe, (...) Para el año 2025, no obstante, se estima que la región latinoamericana y caribeña tendrá 97 millones de personas mayores de 60 años, es decir, cerca de un 15% de su población proyectada." Cfr., Garay Albarracín M, Capezzuto Castro B, Díaz Ocampo A, Vázquez Trinidad L, Balbuena Camacho M, Luquez Galeano C, Freiria Sosa R. Depresión. Intento de autoeliminación. aspectos conceptuales y herramientas para enfermería. Montevideo: CSEP; 2015. p [35].

En cuanto a los principales métodos de consumación del suicidio en la región de las Américas, dicho informe señala que en primer lugar se encuentra la asfixia con un 40 % luego las armas de fuego con un 33% y en tercer lugar el envenenamiento con un 18%. Por otra parte se destaca que los métodos de consumación del suicidio no solo difieren de un género a otro sino también de una subregión a otra⁵:

Métodos de consumación del suicidio según sexo en la Región de las Américas:

- **Sexo Masculino:** - Asfixia 41,7%
- **Sexo Femenino:** - Envenenamiento 36,5%
- Asfixia 32,1%

Métodos de consumación del suicidio según sexo en las diferentes subregiones:

■ **América Latina, Caribe Hispano y México**

- ☂ Sexo Masculino: asfixia 68,1%
- ☂ Sexo Femenino: asfixia 48,3%

■ **América del Sur**

- ☂ Sexo Masculino: asfixia 61,5%
- ☂ Sexo Femenino: asfixia 46%

■ **América del Norte**

- ☂ Sexo Masculino: armas de fuego 52,5%
- ☂ Sexo Femenino: envenenamiento 39,7%

Caribe No Hispano

☂ Sexo Masculino: envenenamiento 44,4%

☂ Sexo Femenino: envenenamiento 57,4%

OPS señala que es de gran importancia ahondar en las investigaciones, no solo de las tasas de mortalidad por suicidio, sino también abordar la conducta suicida teniendo en cuenta la ideación suicida, los intentos de autoeliminación, y los factores sociales y culturales que inciden en esta problemática.

En nuestro país, la realidad de esta situación no escapa de la realidad mundial, y de hecho es una realidad realmente alarmante ya que se encuentra posicionado en el tercer lugar dentro de los países de la región con la tasa de suicidio más alta, (en primer lugar Guayana con 32,5 por cada 100.000 hab. y en segundo lugar Surinam con 22,5 por cada 100.000 hab.), siendo la misma de 14,0 por cada 100.000 habitantes.^{6, 2}

Según lo que indica el Instituto Nacional de Estadística (INE) ⁷, en el año 2010 se registraron un total de 559 defunciones por suicidio. Las tasas más altas se registraron en hombres y mujeres con 55 años o más, siendo éstas de 54,04 por cada 100.000 habitantes en hombres y 12,57 por cada 100.000 habitantes en mujeres.

² Según señalan Berro Rovira *et alii*: "Uruguay presenta una tasa muy elevada de suicidios, que lo ubica entre los 8 primeros países del mundo y de los primeros de América Latina. Al respecto es probable, y creemos es conveniente transmitir, que nuestras estadísticas sean de las más confiables atendiendo que nuestros médicos están impedidos de firmar las defunciones violentas, sin embargo en reciente investigación (Berro, Viera Caillabet) se ha demostrado un 11% de sub-registro." Cfr., Berro Rovira G, Adriasola G, Albínez P, Aller Maisonave G, Alterwain P, Ayala W. Medicina Legal: derecho médico y aspectos bioéticos; Montevideo: Fundación de cultura universitaria; 2013. p [140].



Teniendo en cuenta la edad como uno de los factores de riesgo suicida, cabe destacar el marcado ascenso de la población de AM en nuestro país, y que en el último censo representaron un 14,1% (463.726 habitantes) de la población total,⁸ siendo a su vez uno de los sectores más vulnerables de la sociedad. Además de este envejecimiento poblacional, se debe recordar que la sociedad ha tenido con los años grandes cambios a nivel de la estructura familiar, lo que ha llevado a que muchos de estos AM sean institucionalizados en hogares de residencia colectiva.⁹

Actualmente en nuestro país y dentro del grupo de hogares de residencia colectiva, tenemos que 844 pertenecen a hogares de larga estancia, en los cuales residen 11560 AM.¹⁰

Antecedentes

El suicidio, es una problemática que existe hace cientos de años pero que nunca había tomado antes la importancia que tiene en la actualidad. Importancia que comienza su camino el 10 de setiembre de 2003 cuando la OMS declara esa fecha como el Día Mundial de Prevención del Suicidio.

En el año 2008 la OMS presenta un Programa de Salud Mental ¹¹, basado en los mejores datos científicos y epidemiológicos acerca de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias que han sido identificados como prioritarios, éstas condiciones prioritarias se identificaron debido a su alta tasa de morbi-mortalidad y discapacidad, a los altos costos económicos que causan o a que se asocian a la violación de derechos humanos. Entre las afecciones prioritarias se pueden encontrar; la depresión, la esquizofrenia, el suicidio, y la demencia.

En el año 2011 la OMS publica una guía ¹² con el fin de facilitar la aplicación del programa mencionado anteriormente, la misma se encuentra dirigida a los profesionales de la salud que trabajen en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención. El 24 de mayo de 2013, en el contexto de la 66^a Asamblea Mundial de la Salud ¹³, se aprueba el primer plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 lanzado por la OMS. Entre las metas que se proponen se encuentra la reducción de un 10% de las tasas de suicidio en los países para el año 2020.



En el año 2014 la OMS realiza la publicación del primer informe ³ acerca de la prevención del suicidio, en el que se encuentra información acerca de su epidemiología a nivel mundial, las principales causas y las posibles formas de prevenirlo. Ese mismo año OMS-OPS, lanzan el primer informe regional ¹⁴ de la mortalidad por suicidio en las américas, en el cual se pueden encontrar datos más detallados acerca de esta problemática.

En Uruguay en el año 2004 y bajo el Artículo 1° del Decreto N° 378/004, se crea la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, la cual funciona en la órbita de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), y es presidida por un representante de dicho ministerio y por los delegados designados de los Ministerios del Interior y de Educación y Cultura¹⁵.

En el año 2010 se solicita la inclusión de un delegado del Ministerio de Desarrollo y Seguridad Social (MIDES). Dicha comisión tiene como primer cometido: “Diseñar, facilitar, supervisar y evaluar la implementación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio”, así como también otras actividades de coordinación y gestión.

En el año 2006, el grupo de trabajo N°8 “Violencia y muerte violenta” de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, elaboró un documento el cual señala que en los últimos 15 años, se ha producido en nuestro país un aumento sustancial de suicidios en el entorno del 40%, también realizan un análisis de la multicausalidad del suicidio y su significativo aumento,

³ World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/ [consulta: 20 feb 2015].



además de promover y sugerir un plan de acción que cumpla con medidas sanitarias específicas.⁴

A principios del año 2007 mediante el Artículo 1° de la ley N° 18.097 se declara al 17 de julio de cada año “Día Nacional para la prevención del suicidio”.¹⁶ En el mes de octubre del mismo año el MSP publica un documento⁵ en el cual establece pautas de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas.

Hacia el año 2009 se pone en funcionamiento la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, y en ese mismo período se comienza a elaborar el Plan Nacional de Prevención del Suicidio¹⁷, para Uruguay 2011-2015, cuyo propósito es: “Contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de toda la población uruguaya a nivel país, teniendo en cuenta las particularidades territoriales.”, siendo su meta lograr una reducción del 10% de los suicidios durante el período 2011-2020.

Dicho Plan consta de 5 ejes estratégicos para su implementación, ellos son:

1. Organización de la Atención Integral en Salud Mental.
2. Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red.

⁴ Según se señala en dicho documento: “El incremento de 40% de los suicidios en nuestro país, se corresponde con un período histórico caracterizado por el grave deterioro de las condiciones sociales y culturales con notorio sufrimiento subjetivo y mortificación espiritual de personas y grupos humanos. El padecimiento de los individuos, sus familias y las comunidades incluye un conjunto de eventos adversos y penosos permanentes que interactúan multiplicando sus efectos y expandiendo la desesperanza. La experiencia histórica internacional muestra el incremento del riesgo suicida en circunstancias similares.” Cfr., Programa Nacional de Salud Mental-Comisión Asesora Técnica. Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas. Montevideo. 2006.

⁵ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. [Internet]. 2006. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_3021_1.html [consulta 5 mar 2015].

3. Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.
4. Formación, capacitación, y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los intento de autoeliminación (IAE) y sobrevivientes.
5. Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidios.

Dentro de los avances¹⁸ de dicho Plan y teniendo en cuenta los ejes estratégicos, encontramos:

- Ampliación de prestaciones en salud mental, intentando garantizar la continuidad asistencial. En este punto tenemos la prevención grupal, destinado a la familia o referentes afectivos de personas con IAE o que hayan muerto por suicidio. Dentro de este mismo ítem se encuentra el abordaje terapéutico a las personas con IAE (con 48 sesiones anuales).
- Fundación de la Red Nacional de Prevención del Suicidio, mediante un acuerdo con la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República para la construcción y gestión del portal¹⁹.
- Actividades cada 17 de julio, con apoyo a actividades en diferentes departamentos, con representantes claves en algunos de ellos.
- Cursos de capacitación en detección y manejo de la conducta suicida, con amplia participación, desde profesionales de la salud, educación, comunicadores y otros profesionales.

- Diseño de ficha de registro obligatorio del IAE. Decreto de registro y notificación obligatoria del IAE, tanto en prestadores públicos y privados.

Dentro de las acciones aún en proceso y correspondientes al eje estratégico n°1 del Plan, tenemos:

- Protocolo de seguimiento de las personas con IAE.
- Ampliación de las prestaciones para prevenir el suicidio.
- Organización del servicio de atención telefónica de contención y derivación 24 horas, obligatorio para los prestadores.

En cuanto al material científico encontrado, debemos mencionar en primer lugar el estudio epidemiológico del Dr. Federico Dajas en 1990 ²⁰, cuyos resultados han sido de gran relevancia para estudios posteriores y que prácticamente no difieren de la realidad actual. Entre los datos más destacables encontramos que la mayor incidencia de suicidios consumados se encuentra dentro del sector masculino y que los mismos a su vez se cometen de forma más violenta. En tanto en el sector femenino predominan los IAE. Dentro de los principales motivos del suicidio, se destaca en primer lugar los psiquiátricos (en donde dice que la depresión es la más frecuente, seguida por la esquizofrenia y el alcoholismo, según la bibliografía consultada por el autor) y en segundo lugar los motivos familiares. Se analizan también las probables



determinantes socioeconómicas, si bien en su estudio no se pudieron encontrar correlaciones significativas, expresa lo siguiente:

“Un aporte importante de los estudios sobre determinantes socioeconómicos en el suicidio es el que indica que éstas actuarían en una forma compleja, siendo el cambio socioeconómico el determinante, más que la condición socioeconómica en sí.”

Otro dato a destacar es la mención del entorno sociofamiliar empático actuando como “buffer” amortiguador de la incidencia de un suceso crítico.

Por último y no por ello menos importante, recalca que hablar o preguntar acerca de las ideas de muerte, en el marco de una consulta médica, en un contexto empático, puede ser el primer paso para la eventual salida de la crisis.

Otro estudio de gran relevancia para nuestro trabajo, fue la tesis de maestría realizada por la Lic. Mariela Balbuena sobre la IS en el AM debido a sus aportes académicos y su reciente publicación. Dicha investigación corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuanti-cualitativo, realizándose en una institución del Departamento de Colonia. La muestra se realizó de forma probabilística mediante muestreo aleatorio sistémico con reposición, con un total de 356 participantes.

Dentro de los resultados más relevantes encontramos que se identificó una prevalencia de IS del 27% con una puntuación media de $14,7 \pm 2,9$. Un 25% con deseos de vivir, un 43% con deseos suicidas por amplios períodos de tiempo y un 80% no tiene seguridad de poder controlar la acción. También



encontramos que dice que de 97 AM 26 lo harían para manipular el entorno (entorno según definición de Peplau).

En cuanto al proyecto de intento de suicidio el 82% reveló haberlo considerado sin detalles, un 16% con método indeterminado y un 2% planificado.

Cuando se indagó en cuanto a la realización de actividades recreativas, se evidenció que el porcentaje de IS era menor en los individuos que realizaban actividades y mayor en los individuos que no realizaban actividades.

Otro hallazgo de gran importancia fue la utilización de la variable: percepción de apoyo familiar del individuo, debido a que las cifras arrojadas muestran el gran impacto que tiene la familia sobre el individuo (como ya lo había dicho Dajas, F. 1990), los datos arrojados fueron que de un 15% que manifestó no sentir apoyo familiar el 10% presento IS.

En relación a otros estudios, se recabó información de la investigación realizada en Barranquilla – Colombia durante el año 2012 por Rafael Tuesca y Edgar Navarro²², que mediante un estudio de casos y controles incidentes titulado “Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio”, tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo en la población suicida (consumados y no consumados) durante el período comprendido entre 1999-2000 en dicha ciudad. Se analizaron 60 casos (23 suicidas y 37 intentos de suicidio) y 56 controles no apareados.

Entre los resultados de la población suicida se obtuvo que la media de edad fue de 32,08 años. Con una razón de 4,7 hombres por cada mujer en los que



consumaron el hecho. En relación al estado civil, el 47,8% eran solteros y 26,1% casados. El método principal, empleado para consumar el suicidio fue el arma de fuego con un 39,1%. Por otra parte, en los casos de intento de suicidio, la media de edad fue de 28,10 años, el 54,1% correspondió al género femenino.

Una de las conclusiones de dicha investigación establece que el suicidio se incrementa con la edad, en tanto la tentativa de suicidio decrece con la misma.

Por otra parte señalan que si bien en dicho estudio la razón de disparidad hallada entre personas con algún vínculo y personas sin ningún vínculo, no fue concluyente, OR: 2,13 (0,66-6,83), al comparar el estado civil de los intentos de suicidio con la población general, es factible que el matrimonio sea un factor protector para el intento de suicidio.

Marco teórico

Salud Mental

Según Vicente Galli (apud Ferrari, 1996) define Salud mental como estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del hombre como sujeto de la cultura. En dicho estado las personas o grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social.

El equilibrio e integración son permanentes, con crisis previsibles e imprevisibles subjetiva u objetivamente.

Este es un concepto dinámico toma en cuenta a la cultura, al sujeto desde su integralidad y su carácter participativo a su vez planteando lo relativo de la salud mental.

Depresión

Según la OMS la define como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, la falta de interés o placer, los sentimientos de culpa o falta de autoestima, los trastornos del sueño o del apetito, la sensación de cansancio y la falta de concentración.



Etiología

Es generalmente multifactorial. Siendo importantes los factores neurobiológicos (trastornos de sistemas de neurotransmisión), los factores psicosociales (pérdidas, duelos patológicos, factores estresantes agudos y crónicos, violencia doméstica, social, abuso sexual, entre otros), y los vinculados al transcurso de las diferentes etapas vitales (adolescencia, menopausia, envejecimiento).

De igual forma influye como factor la presencia de enfermedades médicas, invalidantes y/o terminales.

Depresión en el adulto mayor

En nuestro país el AM de 60 años es el 17% de la población y el 13 % es mayor de 65 años. La depresión es más frecuente en mujeres en una relación de dos a uno.

Con respecto a la tasa de suicidios de nuestro país, el AM es la población que más se ve afectada.²³

Berriel, Paredes y Pérez (2006) traen como factores de riesgo para la psicopatología a la soledad, al aislamiento, la visión negativa de la vejez, ser víctima de maltrato, la pérdida del lugar social, la institucionalización, la baja autoestima y la pobreza, entre otros.

La depresión en el AM tiene una elevada prevalencia y conllevan alta morbilidad tanto directa como indirecta.



La institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso. Sentimientos de abandono en la residencia, dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso del dinero, aislamiento o alejamiento de la red socio-familiar habitual, cambios significativo en el estilo de vida con incremento del grado de estrés, adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar intimidad y autonomía y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción. Junto a ello, falta de objetivos vitales, aumento de autopercepción de enfermedad y ansiedad ante la muerte, la existencia de enfermedades crónicas que precipitan el ingreso a la residencia, a veces, el fallecimiento del cónyuge y la carga de carácter negativo que implica el ingreso a una residencia.

Características clínicas de la depresión en el adulto mayor

El síntoma central de la depresión es el descenso del estado de ánimo.

Los síntomas hipocondriacos aparecen en, aproximadamente, el 65% de los AM con depresión y tienen relevancia al ser factor de riesgo para el suicidio.

Los síntomas frecuentes son: presencia de síntomas psicomotores (agitación o enlentecimiento), alteraciones cognitivas (disminución de la memoria, alteraciones en la concentración, disminución en la atención), anorexia, pérdida de peso y alteraciones en la funcionalidad lo que aumenta los ingresos a centros hospitalarios y residenciales de ancianos.

Así mismo, los sentimientos de culpa, la IS y el suicidio pueden vincularse a la depresión.

La depresión en el AM se asocia a un aumento en la mortalidad y se consideran factores del pronóstico: coexistencia con enfermedades orgánicas, trastornos disrítmicos subyacentes, acontecimientos vitales desencadenantes de carácter grave y presencia de deterioro cognitivo.²⁴

La depresión en el adulto mayor suele ser menos evidente que en otras etapas de la vida. Pueden presentarse clínicamente criterios de depresión mayor:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio al respecto a la actividad previa; uno de estos debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o la capacidad para el placer:

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades.
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento del peso (5% del peso total en un mes)
- 4) Insomnio o hipersomnia.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- 8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o indecisión.
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte, IS recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Suicidio y depresión en el adulto mayor

El suicidio en el AM aumenta en frecuencia respecto a otras etapas de la vida. Existen algunos factores de riesgo identificados, como ser el sexo masculino, ancianos sin pareja, soledad, cambios de residencia, intentos previos de autoeliminación y presencia de enfermedades orgánicas de carácter crónicas y/o dolorosas.²⁵

Los factores de riesgo de depresión en el AM son: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia, y condiciones médicas crónicas.²⁶

Suicidio

Se define como toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia su autodestrucción (por acción u omisión) del propio sujeto.

Según un artículo de M. Vega Piñeiro y cols., desde el punto de vista operativo hay tres conceptos relacionados al suicidio:

- ☂ La IS suele ser el paso previo a la conducta suicida aunque no sigue a esta necesariamente.
- ☂ Conducta suicida no letal: conducta potencialmente autolesiva cuyo resultado no es letal.
- ☂ Suicidio consumado: muerte por lesiones autoinflingidas en las que existía la intención de causarse la propia muerte.

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos o modificables. Los factores de riesgo fijos son: intento previo de suicidio, factores genéticos, los de

género, edad, etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. Los factores de riesgo modificables son principalmente ansiedad, depresión, interrupción de tratamientos médicos, aislamiento social y enfermedades crónicas.²⁷

En los AM hay que considerar especialmente el aislamiento social, las enfermedades, la jubilación, el duelo y el acceso limitado a los servicios sociales como factores precipitantes.²⁸

Ideación Suicida

La idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia. Puede manifestarse de las siguientes maneras:

- A) Idea suicida sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.
- B) Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, tirándome delante del tren”.
- C) Idea suicida con un método específico pero no planificado: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico,

pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.

D) Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.

Conducta Suicida del adulto mayor

Esta franja etaria de la vida, cuenta con el porcentaje más alto de suicidios en nuestro país y en los países del primer mundo.

Actualmente, debido a los adelantos científicos ésta es una generación que le ha tocado vivir una etapa más prolongada, aproximadamente 20 años más después de la jubilación, hecho del cual no existe antecedentes, pero ésta prolongación de la vida no ha ido de la mano de la promoción de una buena calidad de la misma.

Otra experiencia nueva que se está observando es que los padres ven envejecer a sus hijos y también morir.

Y debido a la emigración de muchas familias jóvenes, han quedado muchos adultos solos, adultos que en el momento de la separación eran autoválidos pero al paso de los años se fueron transformando en seres dependientes sin apoyo familiar.

Factores generales de riesgo suicida

Sociales

- ☂ Prejuicios contra la vejez.
- ☂ Soledad.
- ☂ Aislamiento.
- ☂ Reducción de ingresos con cambios bruscos de situación.
- ☂ Jubilación.
- ☂ Jubilación compulsiva.
- ☂ Pérdida de roles sociales.
- ☂ Eventos humillantes como consecuencia de los prejuicios sociales.
- ☂ Cuando se tiene más años, mayor riesgo suicida.

Familiares:

- ☂ Ser viudo, sobre todo en el primer año de duelo.
- ☂ Considerarse una carga para su familia.
- ☂ Poseer antecedentes familiares de suicidio.
- ☂ Ser víctima de maltrato en todas sus formas (física, psicológica, patrimonial, sexual y negligencia).
- ☂ Institucionalización.
- ☂ Sobreprotección negativa generando pérdida de autonomía.
- ☂ Pérdida de autonomía.
- ☂ Mudanzas con pérdidas de lugares privados.
- ☂ Pérdida de privacidad.

Biológicas:

- ☂ Enfermedades terminales.
- ☂ Etapas iniciales de la Enfermedad de Alzheimer.
- ☂ Alcoholismo.

🎬 Psicológicos:

- ☂ Ansiedad.
- ☂ Depresión.
- ☂ Miedos.
- ☂ Baja autoestima.
- ☂ Cambios en los hábitos de comer.
- ☂ Cambios bruscos en los estados de humor.
- ☂ Cambios en los hábitos de dormir.
- ☂ Abandono o negligencia de su cuidado personal.
- ☂ Duelos de seres queridos o amigos.
- ☂ Obsesión por la muerte.
- ☂ Desesperación.
- ☂ Desesperanza.
- ☂ Desarrollar vínculos simbióticos.
- ☂ No aceptar la vejez por narcisismo patológico.
- ☂ Agresividad.

🎬 Señales no verbales

- ☂ Repartir objetos queridos.
- ☂ Realizar testamento.
- ☂ Expresar deseos sobre su funeral.

🎬 Señales verbales

Expresar:

- ☂ “La vida no tiene sentido”.
- ☂ “No sé por qué vivo”.
- ☂ “Deseo descansar del todo”.
- ☂ “No quiero dar más trabajo”.
- ☂ “No quiero vivir más, ya viví bastante”.
- ☂ Manifestar tener mala auto percepción de su salud.²⁹

Adulto mayor e institucionalización

En la investigación realizada por la Mag. Mariana Aguirre Richero titulada “La institucionalización de la vejez en Uruguay”³⁰, señala a los cambios socio demográficos como unos de los fundamentos de la temática elegida, en donde a su vez destaca dentro de estos cambios: el envejecimiento general de la población, la prevalencia de pérdida de autovalidez y las variaciones en las estructuras familiares.

Angel Moreno Toledo (2011)³¹, identifica determinadas características del paciente anciano suicida institucionalizado, a saber: género masculino, socialmente aislado, con problemas físicos o somático graves/crónicos, historia de trastornos anímicos depresivos, tentativa previa y mala adaptación.

Identifica a su vez, que las carencias sociales del anciano institucionalizado como son aislamiento social, duelo, insuficientes visitas familiares, escasos lazos sociales, aumentan la sintomatología depresiva.



Por otra parte considera que la condición de institucionalización si bien depende de las características personales e individuales del anciano, se correlaciona con sentimientos de abandono, aislamiento social y/o familiar, y cambios significativos en su rutina habitual (debiendo a su vez adaptarse a las normas y rutinas de la institución).

Establece asimismo que: “La ruptura de lazos sociales, el abandono familiar o desestructuración del apego anterior, la condición de viudedad crea en el individuo una situación de inestabilidad emocional. El anciano institucionalizado con limitaciones tanto psicológicas como físicas y con lazos sociofamiliares debilitados o inexistentes, generan una alta dependencia y una baja autoestima.”

Una de las conclusiones en dicho artículo señala: “La promoción del envejecimiento saludable y la modificación del estilo de vida y la ocupación, así como reagrupar la redes sociales y familiares, reivindicaría una mayor respuesta a frenar los suicidios”.

Suicidio y Religión

La mayor parte de las religiones comparten el rechazo al suicidio, esto se cimienta en que es Dios quien da la vida y Él es el único capaz de quitarla, es por esto que se lo consideraba como una ofensa grave e irreparable.

Desde el punto de vista del catolicismo, su postura ha cambiado en los últimos años, siendo la misma un poco más flexible.³²

Visiones del adulto mayor a través de la historia

Históricamente, las sociedades han visto a sus miembros de edad avanzada de muy diversas maneras. En la época de Confucio había una correlación directa entre la edad de la persona y el grado de respeto al que él o ella tenía derecho. Los antiguos egipcios temían envejecer y experimentaron con una variedad de brebajes y rituales a fin de mantener su juventud. Entre los antiguos griegos las opiniones estaban divididas; mientras que Platón promovió a los AM como los mejores líderes de la sociedad, Aristóteles les negó la participación en los eventos del gobierno.

En las naciones conquistadas por el Imperio Romano, los enfermos y los ancianos eran los primeros en ser asesinados. Y a lo largo de la biblia se describe la preocupación de Dios por el bienestar de la familia y el deseo de que la gente respete a los AM.

En la actualidad, la ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible. El aumento considerable de la población mayor de 65 años ha hecho que sea necesaria la creación de políticas de salud pública que contemplen las necesidades específicas de este grupo etario.

“Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecido de las Américas, con un 17% de su población mayor de 60 años, de las cuales el 13,4% es mayor de 65 años. Dentro de ellos el grupo que crece más aceleradamente es el de los mayores de 75 años (envejecimiento del



envejecimiento); es decir aquellos con mayor probabilidad de pérdida de autonomía.”

Desde el punto de vista sanitario, las principales causas de muerte se asocian a enfermedades no transmisibles prevalentes. Si bien no existe en nuestro país un registro fiable de morbilidad, puede asumirse que las principales causas de mortalidad también son las causantes de discapacidad y pérdida de autonomía. El 30% de los AM presenta tres o más enfermedades crónicas. Por otra parte los estilos de vida no saludables tienen una alta prevalencia, presentando un 83% sedentarismo y más del 50% diversos grados de sobrepeso u obesidad.

En cuanto a la prevalencia e incidencia de enfermedades mentales, éstas aumentan conforme aumenta la edad. Dentro de estos problemas se incluyen: los trastornos afectivos, las demencias, las psicosis, el abuso de sustancias, y problemas multifactoriales con impacto sobre la salud mental como el abuso, el maltrato y/o la negligencia en los cuidados.

“Aproximadamente 10% de los adultos mayores en la comunidad tienen trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población institucionalizada (15% a 35%) o internada en hospitales (10% a 20%). Aunque no existen registros nacionales, se calcula que más de 10% de los mayores de 65 años padece alguna forma de demencia, lo que supone más de 40.000 personas.”³³

Modelo ecológico para comprender la violencia autoinflingida

El informe mundial sobre la violencia y la salud, publicado por la OMS, dice que para el mejor entendimiento de la violencia en todos sus tipos, elige el “modelo ecológico”. Dicho modelo comenzó a utilizarse a finales de la década de 1970 en estudios de maltrato infantil. Éste modelo nos muestra cuatro óvalos concéntricos, correspondiendo desde el interior al exterior al nivel individual, relaciones sociales, comunidad y sociedad. (Ver ilustración 1).

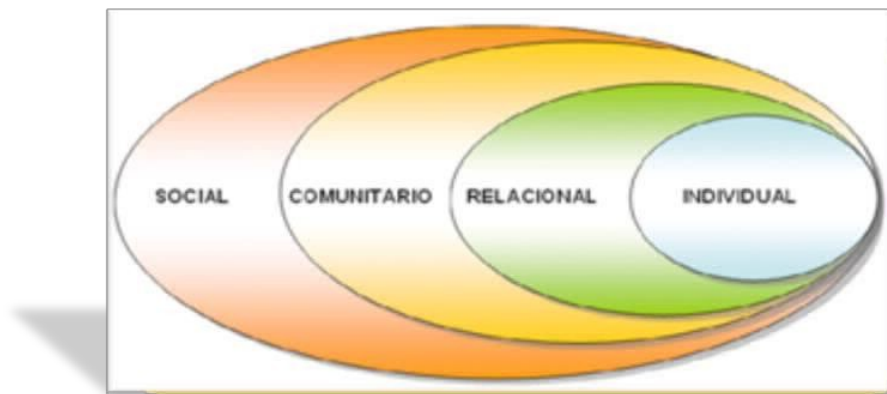


Ilustración 1

Este modelo analiza los factores que influyen en el comportamiento, o que pueden aumentar el riesgo de cometer actos violentos. Como se puede observar en la ilustración 1, los óvalos se encuentran solapados unos con otros, esto nos muestra como es la interacción que tienen entre sí y como a su vez pueden influenciarse y modificarse de forma positiva o negativa.³⁴

Además de ayudar a entender con una visión más panorámica el fenómeno de la violencia (en este caso aplicado a la violencia autoinflingida), éste modelo pone de manifiesto que para su prevención, es necesario actuar en varios niveles.

Objetivos

Objetivo general

Identificación de la prevalencia de Ideación Suicida en Adultos Mayores institucionalizados en Hogares de larga estancia del Departamento de Florida, en el período julio-agosto de 2015.

Objetivos específicos

- Caracterización de la población de AM en hogares de larga estancia .
- Identificación de los factores de riesgo asociados a la IS.

Metodología

Tipo de investigación: descriptiva cuali–cuantitativa de corte transversal.

Área de estudio: 3 Hogares de larga estancia, ubicados en el Departamento de Florida

Universo: AM que se encuentren institucionalizados.

Población: 47 AM.

Muestra: 30 AM.

Criterios de inclusión:

- AM, institucionalizado.
- Que otorgue el consentimiento voluntario de participar en el estudio.
- Sin deterioro cognitivo, o leve deterioro cognitivo según Test de Pfeiffer.

Métodos de recolección de datos⁶:

- Test de Pfeiffer
- Escala de ideación suicida (SIS) – Escala de Beck y cols.
- Instrumento de recolección de datos socio-demográficos.

⁶ Ver anexo I – Instrumentos de recolección de datos. Pág. 72

Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Género	Condición orgánica que distingue al macho y a la hembra en los seres humanos	■ Femenino, ■ Masculino	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Situación jurídica de las personas ante el Registro Civil	■ Soltero, ■ Concubinato, ■ Casado, ■ Viudo, ■ Divorciado,	Cualitativa	Nominal
Nivel de instrucción	Máximo grado alcanzado en la educación formal	■ Analfabeto ■ Primaria incompleta, ■ Primaria completa, ■ Secundaria incompleta, ■ Secundaria completa, ■ Estudios terciarios.	Cualitativa	Nominal

Participación en actividades recreativas	Participación en todo tipo de actividades, ya sean individuales o grupales cuyo objetivo sea la recreación del individuo con la finalidad de buscar una distracción de las actividades cotidianas.	☐ Realiza, ☐ No realiza.	Cualitativa	Nominal
Percepción de soporte familiar	Percepción individual de apoyo y/o contención sentimental que reciba de su familia	☐ Con soporte familiar, ☐ Sin soporte familiar.	Cualitativa	Nominal
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración, propias de un determinado grupo humano. Y con las que se reconoce una relación con la divinidad	☐ Católica, ☐ Evangelista, ☐ Judía, ☐ Testigo de Jehová, ☐ Otro, ☐ No practica actividades religiosas	Cualitativa	Nominal.
Ideación suicida	Puntaje obtenido a través de la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck y cols.	☐ Presenta, ☐ No presenta.	Cualitativa.	Nominal.

Consideraciones éticas

Para dar comienzo a la presente investigación, fue necesario en primer lugar obtener los permisos correspondientes de cada una de las instituciones en las que posteriormente se llevaría a cabo el trabajo, dejando una copia en cada institución de la carta de autorización para realizar el estudio y en nuestro poder otra copia firmada de cada centro.⁷

Así mismo y de acuerdo a lo establecido por las leyes N° 18.335 Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud (Artículo 12) ³⁵ y la ley N° 18.331 Protección de datos personales y acción de “Habeas data” ³⁶, se elaboró un documento de consentimiento informado para cada individuo que aceptara participar de forma libre y voluntaria de la investigación.⁸

⁷ Ver Anexo II – Disposiciones éticas. Pág. 78

⁸ Ver Anexo II – Disposiciones éticas. Pág. 78

Plan de análisis

Para dar comienzo al plan de análisis se pretende en primera instancia realizar una experiencia piloto en cada residencial, seleccionando aleatoriamente (y que previamente hayan convenido participar libre y voluntariamente de la investigación) de cada institución dos individuos y aplicarles los instrumentos que se consideraron pertinentes para la investigación, con el fin de realizar los ajustes en dichos instrumentos y las formas de aplicación de los mismos que sean necesarias.

Luego de haber realizado el estudio piloto, se procederá a comenzar con la aplicación de los instrumentos a cada uno de los participantes de la investigación, que cumplan con todos los requisitos pre-establecidos.

Posteriormente se tabularán los datos obtenidos mediante la aplicación de estadística descriptiva mediante la realización de tablas (con frecuencia absoluta y relativa porcentual), posteriormente se representarán los datos en gráficos, y se realizará análisis univariado. Con los datos obtenidos se elaborarán conclusiones particulares que nos lleven a realizar un análisis exhaustivo de la temática, teniendo en cuenta el marco teórico seleccionado y los antecedentes del tema en estudio.

Consideraciones posteriores al plan piloto

Una vez realizada la experiencia del plan piloto, se consideraron necesarias algunas modificaciones en los instrumentos de recolección de datos y en la forma de realizar las entrevistas.

Como primera medida se entendió que era de vital importancia que el personal a cargo de las instituciones les informara a los residentes de los eventuales encuentros, facilitando de esta manera la realización del estudio.

También se creyó conveniente que las entrevistas se realizaran en lugares privados y cómodos conforme a las necesidades de los individuos.

Otra de las consideraciones a tener presente, fue realizar las entrevistas por un máximo de dos estudiantes.

Por último surgió la necesidad de modificar las variables, en el caso de la edad resultó innecesaria su inclusión ya que era redundante debido a que el estudio está enfocado al AM. Luego se incluyó la variable religión ya que se consideró que era un elemento que podría influir como factor disuasorio y/o protector de la IS.

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha de realización	Nº de entrevistas realizadas	Duración de cada entrevista en minutos	Tiempo total en minutos	RR. HH por entrevista	RR.MM por entrevista
Actividad piloto	18/07/2015	6	15 a 30 min.	1 hora, 45 min.	1 a 2 estudiantes de la Lic. de Enf.	 Consentimiento informado, Instrumento de relevamiento socio-demográfico y valoración cognitiva.  Escala de ideación suicida de Beck.
2º Encuentro	22/08/2015	15	15 a 30 min.	4 horas, 15 min.	1 a 2 estudiantes de la Lic. de Enf.	 Consentimiento informado, Instrumento de relevamiento socio-demográfico y valoración cognitiva.  Escala de ideación suicida de Beck.
3º Encuentro	25/08/2015	15	15 a 30 min.	4 horas, 30 min.	1 a 2 estudiantes de la Lic. de Enf.	 Consentimiento informado, Instrumento de relevamiento socio-demográfico y valoración cognitiva.  Escala de ideación suicida de Beck.
4º Encuentro	29/08/2015	11	15 a 30 min.	3 horas.	1 a 2 estudiantes de la Lic. de Enf.	 Consentimiento informado, Instrumento de relevamiento socio-demográfico y valoración cognitiva.  Escala de ideación suicida de Beck.

Presupuesto

Presupuesto	Gasto (\$)
Internet e impresiones	1200
Transporte	3360
Viático alimentación	5000
Fotocopias	200
Total	9760

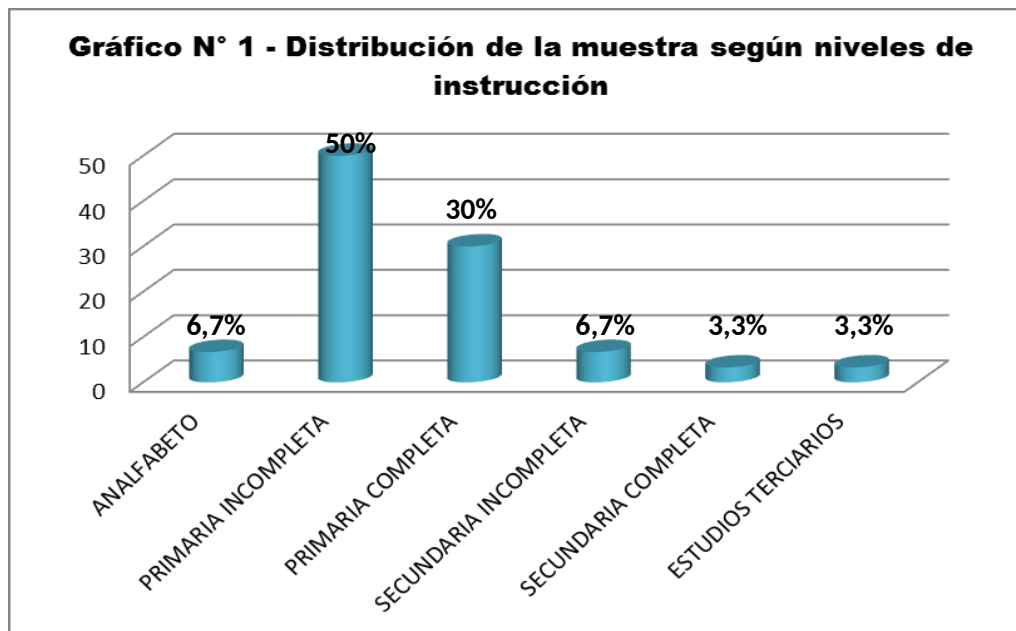
Presentación y Análisis de datos

Caracterización de la Muestra

Tabla N° 1 - Distribución de la muestra según Nivel de Instrucción,
Florida, 2015

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR%
Analfabeto	2	0,067	6,7
Primaria incompleta	15	0,5	50
Primaria completa	9	0,3	30
Secundaria incompleta	2	0,067	6,7
Secundaria completa	1	0,033	3,3
Estudios terciarios	1	0,033	3,3
TOTAL	30	1	100

Fuente: Instrumento de relevamiento sociodemográfico

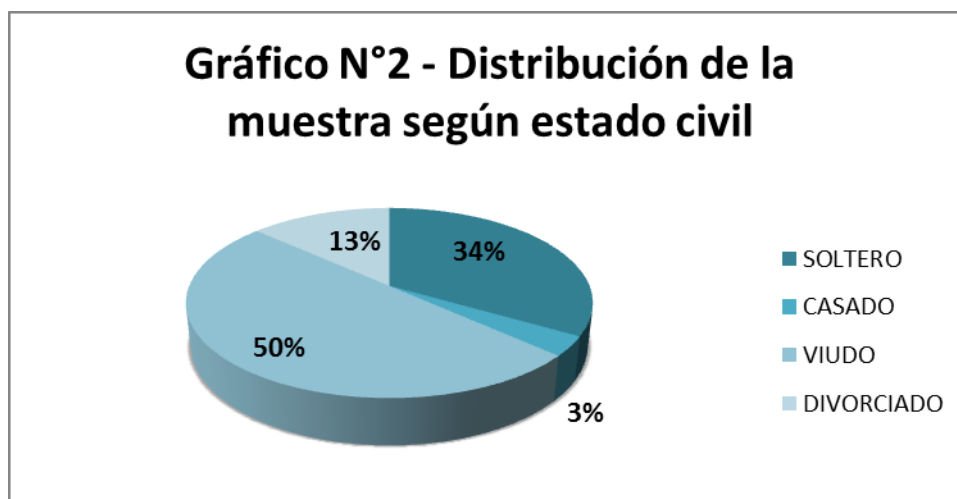


El 50% de los AM tiene primaria incompleta

Tabla N° 2 - Distribución de la muestra según Estado Civil, Florida, 2015

ESTADO CIVIL	FA	FR	FR%
Soltero	10	0,34	34
Casado	1	0,03	3
Viudo	15	0,5	50
Divorciado	4	0,13	13
TOTAL	30	1	100

Fuente: Instrumento de relevamiento sociodemográfico

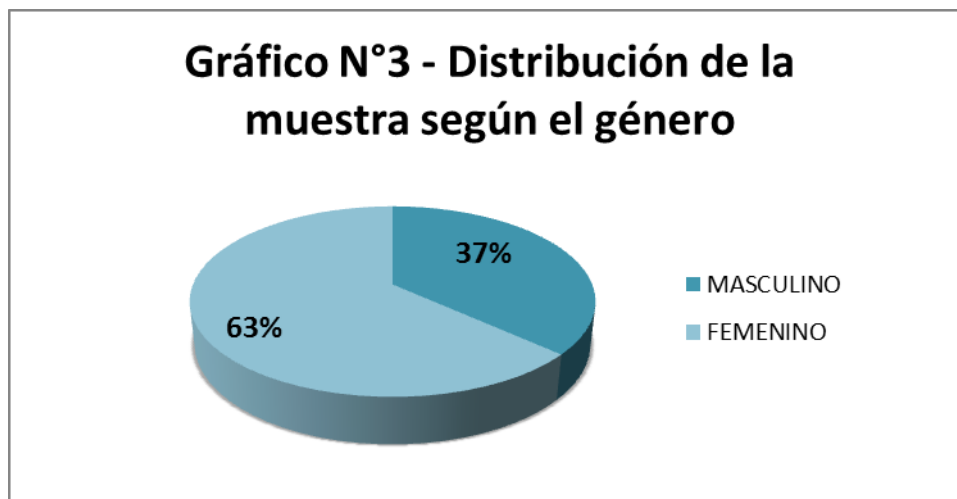


El 50% de los AM son viudos

Tabla N° 3 - Distribución de la muestra según Género, Florida, 2015

GÉNERO	FA	FR	FR%
Masculino	11	0,37	37
Femenino	19	0,63	63
TOTAL	30	1	100

Fuente: Instrumento de Relevamiento sociodemográfico

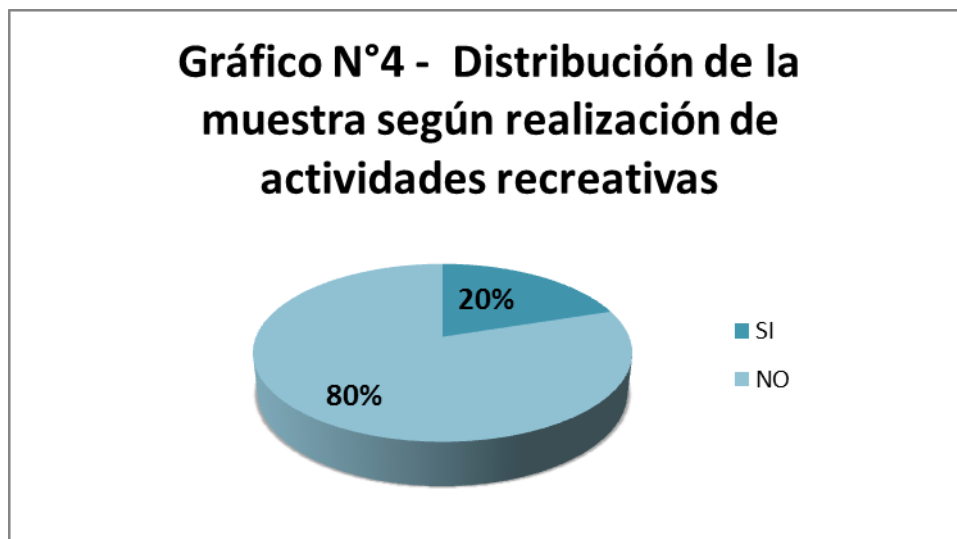


El 63% de la población es de género femenino

Tabla N° 4 - Distribución de la Población según realización de Actividades Recreativas, Florida, 2015

ACT. RECREATIVAS	FA	FR	FR%
Si	6	0,2	20
No	24	0,8	80
TOTAL	30	1	100

Fuente: Instrumento de Relevamiento sociodemográfico

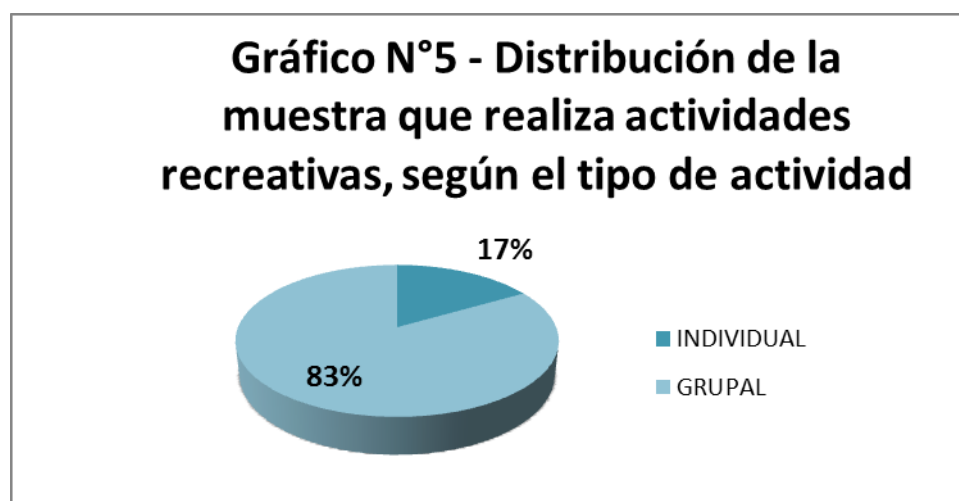


El 80% no realiza actividades recreativas

Tabla N° 5 - Distribución de la muestra que realiza actividades recreativas según el tipo de actividad, Florida, 2015

SI REALIZAN ACTIVIDADES	FA	FR	FR%
Individual	1	0,17	17
Grupal	5	0,83	83
TOTAL	6	1	100

Fuente: Instrumento de relevamiento sociodemográfico

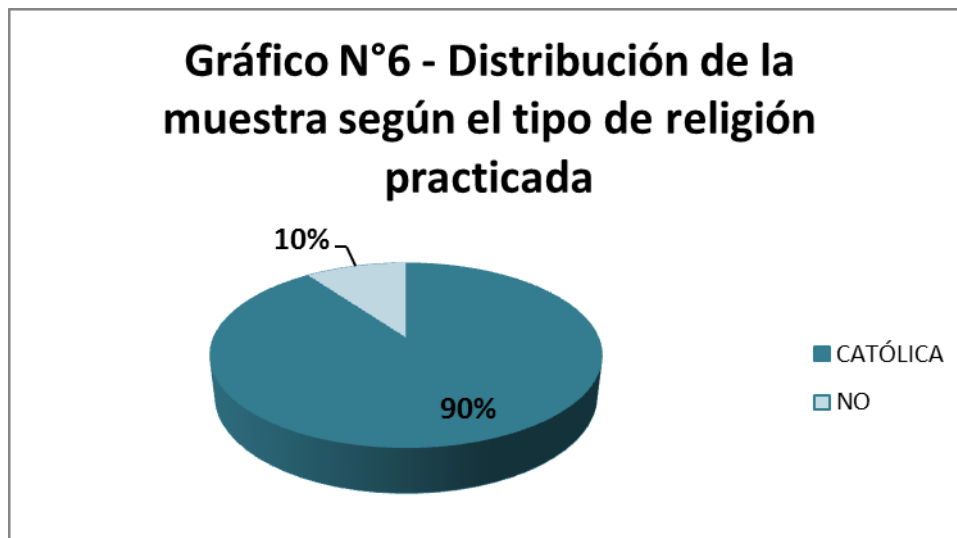


De los AM que realizan actividades recreativas, el 83% refiere realizar actividades grupales

■ **Tabla N° 6** - Distribución de la muestra según tipo de Religión practicada, Florida, 2015

RELIGIÓN	FA	FR	FR%
Católica	27	0,9	90
No practica ninguna religión	3	0,1	10
TOTAL	30	1	100

Fuente: Instrumento de relevamiento sociodemográfico

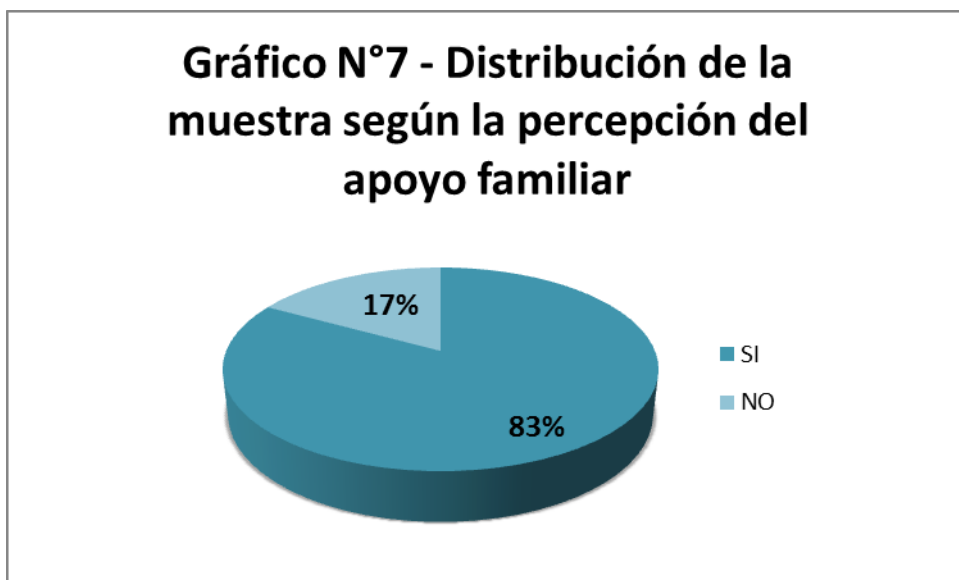


El 90% de los AM es católico

Tabla N° 7 - Distribución de la muestra según percepción personal del Apoyo familiar, Florida, 2015

APOYO FAMILIAR	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83
No	5	0,17	17
TOTAL	30	1	100

Fuente: Instrumento de valoración sociodemográfica

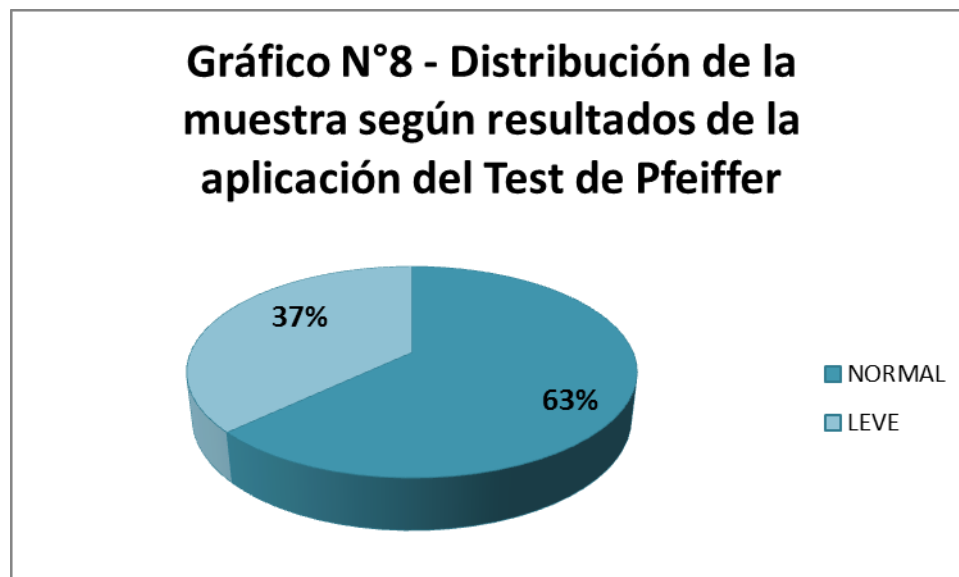


El 83% refiere tener apoyo familiar

Tabla N°8 - Distribución de la muestra según resultados de la aplicación del Test de Pfeiffer, Florida, 2015

TEST DE PFEIFFER	FA	FR	FR%
Normal	19	0,63	63
Leve	11	0,37	37
TOTAL	30	1	100

Fuente: Instrumento de valoración cognitiva



El 63% de la población no presentó deterioro cognitivo según Test de Pfeiffer

Ideación Suicida

Número total de Escalas de Beck positivas: 7

Media de puntuaciones: 11,86

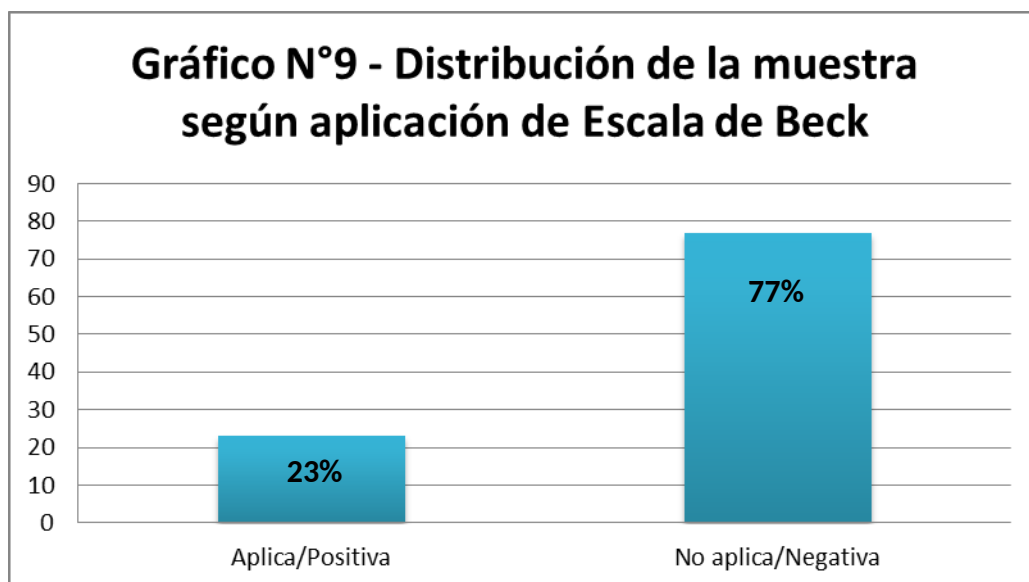
Puntuación máxima: 23

Puntuación mínima: 7

Tabla N° 9 - Distribución de la muestra según aplicación de la Escala de Beck, Florida, 2015

ESCALA DE BECK	FA	FR	FR%
Aplica/Positiva	7	0,23	23
No aplica/Negativa	23	0,77	77
TOTAL	30	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y cols.



Se obtuvo una prevalencia del 23% de Ideación Suicida

Las tablas y gráficas que se presentan a continuación corresponden a la caracterización específica de los AM que presentaron IS. Por lo que se notará un cambio en la n, que pasará de 30 a 7.

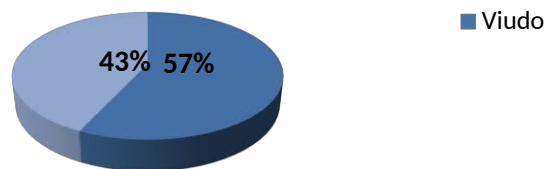
Caracterización de individuos que presentaron ideación suicida

Tabla N°10 - El estado civil en usuarios con IS, según aplicación de Escala de Beck. Florida 2015

Estado civil en usuarios con IS	FA	FR	FR%
Viudo	4	0,57	57
Divorciado	3	0,43	43
Total	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y Cols. Matriz de operacionalización de datos

Gráfico N°10 - Estado civil en usuarios con ideación suicida según Escala de Beck

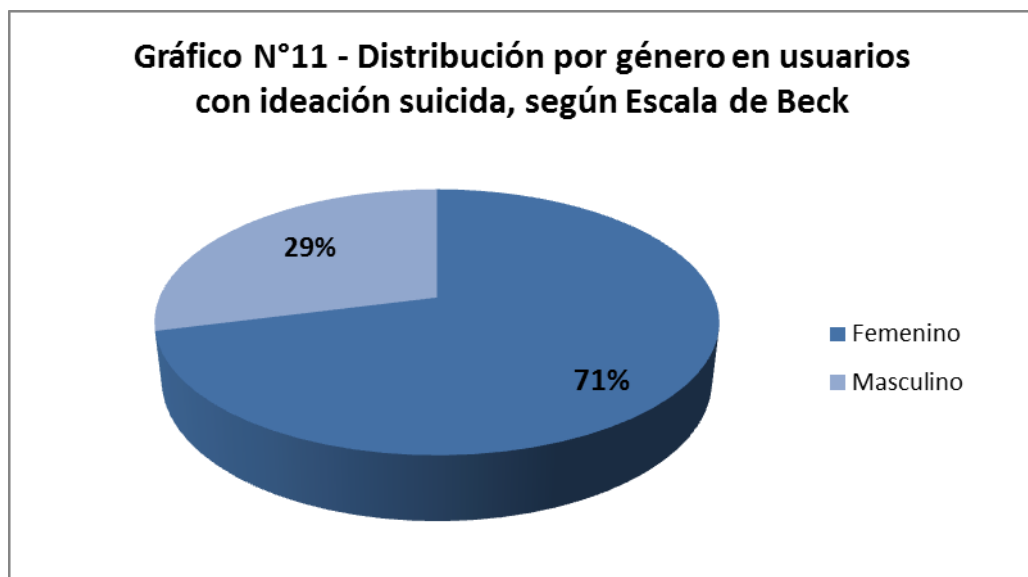


El 57% de los AM que presentaron IS son viudos

■ **Tabla N° 11** - Distribución por género en usuarios con IS, según Escala de Beck. Florida 2015.

Género en usuarios con IS	FA	FR	FR%
Femenino	5	0,71	71
Masculino	2	0,29	29
Total	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y Cols. Matriz de operacionalización de datos.

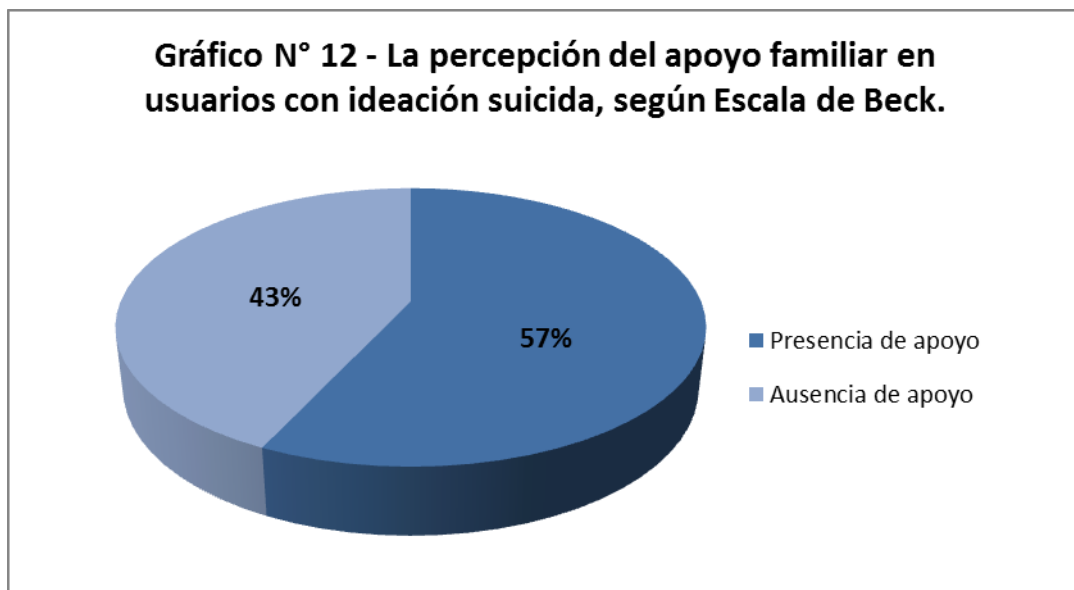


El 71% de los AM con IS son del género femenino

■ **Tabla N° 12** - La percepción del apoyo familiar en usuarios con IS, según Escala de Beck. Florida 2015.

Apoyo familiar en usuarios con IS	FA	FR	FR%
Presencia de apoyo	4	0,57	57
Ausencia de apoyo	3	0,43	43
Total	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y Cols. Matriz de operacionalización de datos.



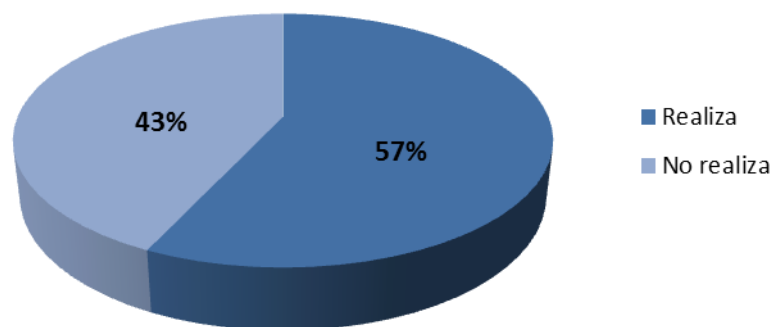
El 57% de los AM con IS presenta apoyo familiar

■ **Tabla N°13** - Presencia o ausencia de actividades recreativas en usuarios con IS, según Escala de Beck. Florida 2015.

Actividades recreativas en usuarios con IS	FA	FR	FR%
Realiza	4	0,57	57
No realiza	3	0,43	43
Total	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y Cols. Matriz de operacionalización de datos.

Gráfico N°13 - Presencia o ausencia de actividades recreativas en usuarios con ideación suicida, según Escala de Beck.

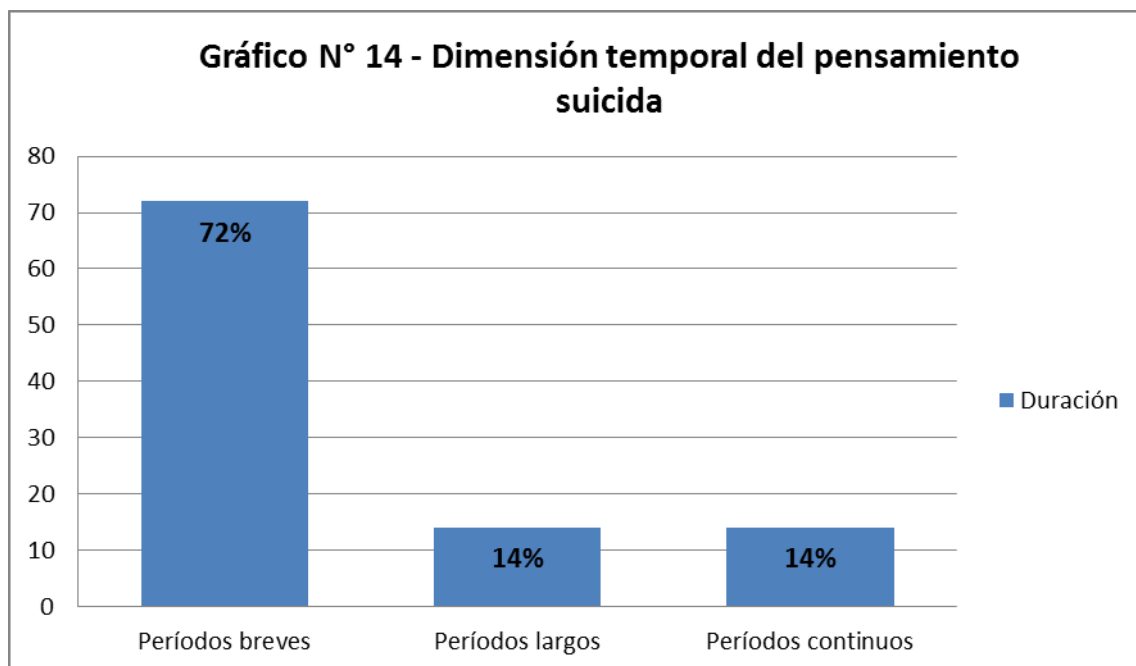


El 57% de los AM con IS realiza actividades recreativas

Tabla N°14 - Dimensión temporal del pensamiento suicida, según Escala de Beck. Florida 2015

DURACIÓN	FA	FR	FR%
Breve, períodos pasajeros	5	0,72	72
Períodos más largos	1	0,14	14
Continuo o casi continuo	1	0,14	14
TOTAL	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y cols.

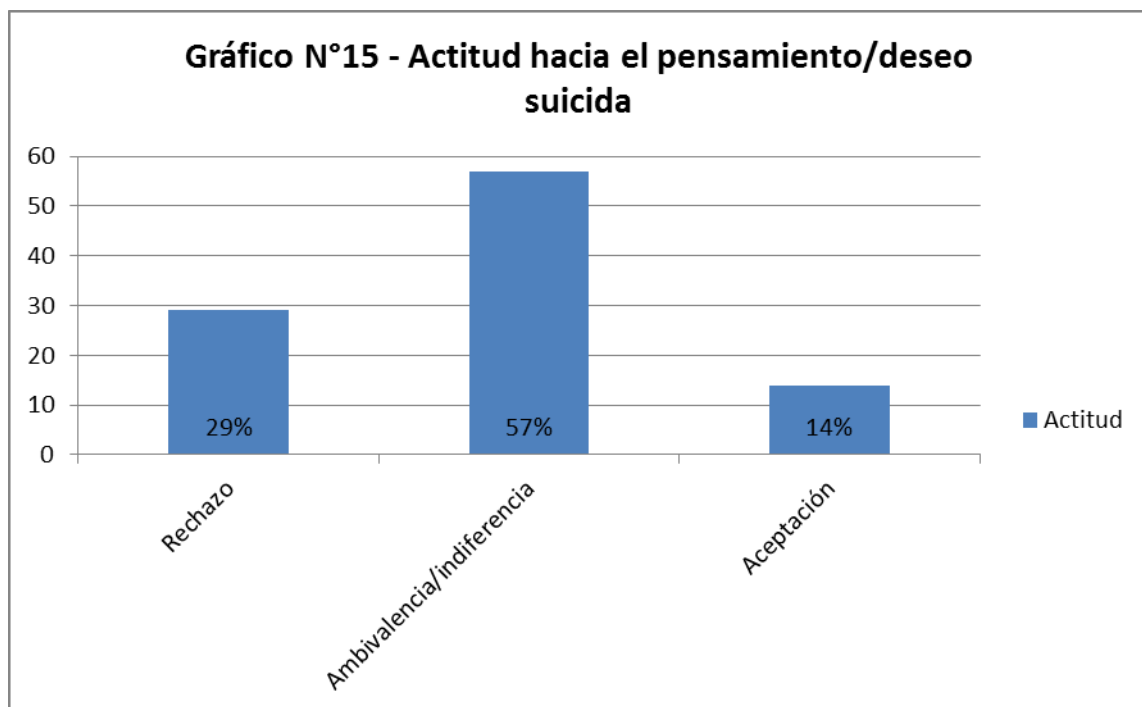


El 72% de los AM con IS refiere tener pensamientos suicidas por períodos breves

Tabla N°15 - Actitud hacia el pensamiento/deseo suicida, según Escala de Beck. Florida 2015

ACTITUD	FA	FR	FR%
Rechazo	2	0,29	29
Ambivalencia/indiferencia	4	0,57	57
Aceptación	1	0,14	14
TOTAL	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y cols.

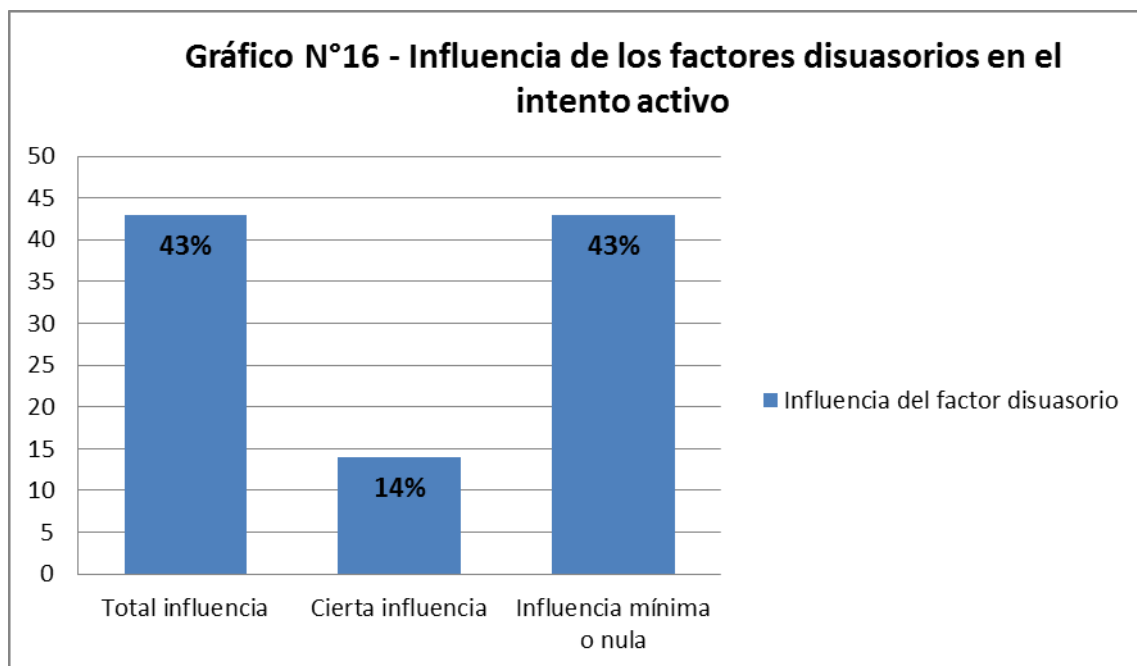


El 57 % de los AM con IS manifiesta ambivalencia/indiferencia frente al pensamiento/deseo suicida

Tabla N°16 - Influencia de los factores disuasorios del intento activo, según Escala de Beck. Florida 2015.

INFLUENCIA	FA	FR	FR%
No intentaría suicidio debido a algún factor disuasorio	3	0,43	43
Los factores disuasorios tienen cierta influencia	1	0,14	14
Influencia mínima o nula de los factores disuasorios	3	0,43	43
TOTAL	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y cols.



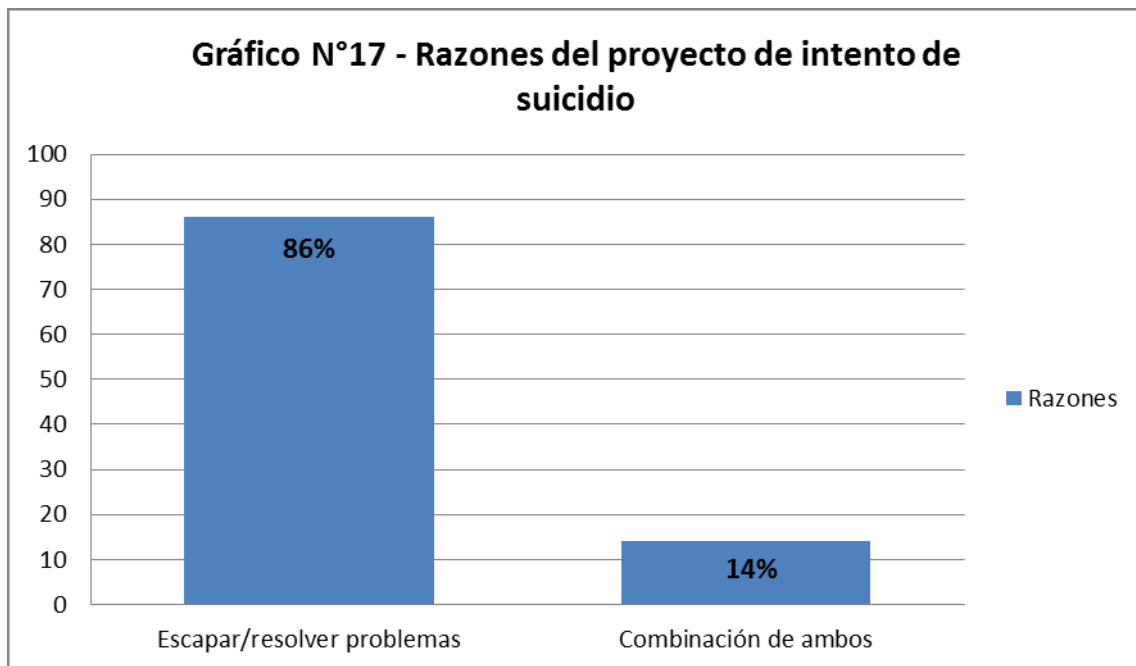
El 43% refirió total influencia del factor disuasorio en el intento activo

El 43% refirió influencia mínima o nula del factor disuasorio en el intento activo

Tabla N°17 - Razones del proyecto de intento de suicidio, según Escala de Beck. Florida 2015.

RAZONES	FA	FR	FR%
Combinación de ambos	1	0,14	14
Escapar, resolver problemas	6	0,86	86
TOTAL	7	1	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck y cols.



El 86% refirió que intentaría suicidio para escapar o resolver problemas

Resultados

Al inicio de la investigación se contaba con una población total de 47 AM institucionalizados, a los cuales se les aplicó a modo de criterio de inclusión el Test de Pfeiffer, tomando los casos cuyos resultados de dicho test fueran normales o leves. Esto derivó en una muestra de 30 AM.

A continuación se realizará la caracterización de la muestra estudiada.

La edad promedio fue de 83 años.

El 63% pertenece al género femenino y el 37% al género masculino.

En cuanto al estado civil, el 50% son viudos, 33,3% solteros, 13,3% divorciados, 3,3% casados.

Dentro del nivel de instrucción tenemos que el 50% tiene primaria incompleta, un 30% primaria completa, 6,7% son analfabetos, 6,7% tienen secundaria incompleta, un 3,3% secundaria completa, y un 3,3% estudios terciarios. (100%)

El 90% practica la religión cristiana, mientras que el restante 10% refirió no practicar ningún tipo de religión.

El 83% refirió sentir apoyo familiar, y un 17% refirió no sentir apoyo de su familia.

Dentro de las actividades recreativas, tenemos que el 80% no realiza actividades recreativas y un 20% que si las realiza, de estos últimos sabemos que el 83% realiza actividades grupales y el 17% actividades individuales.

Al total de la muestra se le aplicó la escala de Ideación suicida de Beck y cols. De los cuales un 23% obtuvo resultados positivos, y el restante 77% no presentó IS.

De estos datos obtuvimos una prevalencia de IS de 2 cada 10 individuos. Y una media de puntuación de 11,86, de la cual el valor máximo fue 23 y el mínimo 7.

A su vez, también se consideraron algunos ítems de la Escala de Beck como fueron:

- la dimensión temporal de los pensamientos suicida, arrojó los siguientes resultados: un 72% con duración breve de los pensamientos suicidas, un 14% con períodos de duración más largos, y un 14% con una duración continua de sus pensamientos.
- La actitud hacia el pensamiento suicida, donde el 57% refirió ambivalencia o indiferencia hacia estos pensamientos, un 29% refirió rechazo, y un 14% refirió aceptación.
- Los factores disuasorios del intento activo, de los cuales se obtuvo que un 43% no intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio (fundamentalmente la familia), un 43% con una influencia mínima o nula de los factores disuasorios, y un 14% con cierta influencia de los factores disuasorios.

■ Las razones del proyecto de intento de suicidio, en donde el 86% refirió que sus razones eran para escapar, o resolver problemas, y un 14% refirió que sus razones eran una combinación de manipulación, venganza, escapar o resolver problemas.

Discusión

El suicidio forma parte de uno de los problemas de salud pública más preocupantes a nivel mundial, con una carga anual mundial de 11 por cada 100.000 habitantes en el año 2012. Uruguay presenta una tasa de suicidios que asciende a 14 por cada 100.000 habitantes, superando la media global.

En particular en el Departamento de Florida, la tasa de suicidios es de 22 por cada 100.000 habitantes, superando no sólo la media a nivel nacional sino también a nivel mundial.

Los datos presentados por el MSP en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio, indican que la mayor tasa de suicidios se encuentra en el rango de edades de 65 años o más. Lo cual hace que en la población de Florida sea el tema más alarmante ya que presenta uno de los porcentajes más altos de AM, con el 15,5% de la población total de dicho departamento, además de un porcentaje negativo de crecimiento de la población, todo ello conforme datos del censo del año 2011.³⁷

En el estudio se tomó una muestra de 30 AM institucionalizados; luego de la aplicación de las escalas se obtuvo como resultado una prevalencia de 23% de IS, con una media de puntuaciones de 11,86 en la Escala de Beck. Comparando estos resultados con el estudio realizado por la Licenciada Balbuena, no se evidencian diferencias sustanciales (prevalencia 27%, puntuación media 14,7).

De acuerdo con la investigación bibliográfica previa, se puede decir que nos encontramos frente a una población que cuenta con varios factores de riesgo suicida, entre ellos encontramos: edad, viudez e institucionalización.

En cuanto a la edad, se contó con una población sumamente envejecida, con un promedio de 83 años, a esto debe agregarse que la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales aumenta con la edad, y que aproximadamente un 10% del total de AM del país presentan depresión, situación que se incrementa con la institucionalización. Esto es de gran relevancia ya que tanto las enfermedades mentales como la depresión son considerados factores de riesgo en la IS.

En el caso del género, debemos destacar que más de la mitad de la población pertenece al género femenino con un 63%. En los casos que presentaron IS, el 71% son mujeres y el 29% hombres. Corresponde aclarar que, si bien la prevalencia del suicidio en esta franja etaria es mayor en el género masculino (según la bibliografía analizada), el presente estudio se encuentra enfocado en la IS y no en los intentos de suicidio o suicidios consumados.

Con respecto al estado civil, se puede apreciar el alto porcentaje de personas viudas con un 50%, en relación al 3,3% que representa a los casados. Teniendo en cuenta las escalas de Beck positivas, se obtuvo que un 57% son viudos y un 43% divorciados. Según la bibliografía consultada se puede apreciar que uno de los tantos factores de riesgo en la IS es el estado civil, fundamentalmente la viudez.



La viudez se encuentra determinada tanto por la edad como por el género.

Actualmente en el Uruguay la esperanza de vida en las mujeres es mayor a la de los hombres (80 y 73 años respectivamente), lo que aumenta la prevalencia de viudez en la mujer.

En relación a la religión, es importante destacar que el 86% de los que presentaron IS pertenecen a la religión católica, por lo cual esto nos lleva a inferir que es posible que en esas personas se haya generado en determinado momento algún tipo de conflicto ideológico por el significado que tiene el suicidio para el catolicismo. Es importante destacar también que no se abordó el tema de forma exhaustiva y que por lo tanto podría en estudios futuros tener un abordaje diferente y más profundo, para conocer si efectivamente se puede tratar como un factor disuasorio del intento de suicidio.

Un factor disuasorio del intento de suicidio es el apoyo familiar. En este estudio dicho factor se interpretó en función de la percepción que tenía el individuo sobre el apoyo familiar. Al profundizar el análisis de la variable a lo largo de todas las entrevistas; se tiene que en el total de la muestra, un 83,3% refirió sentir apoyo familiar frente a tan solo un 16,7% que refirió no sentir el apoyo de su familia.

En el caso puntual de los individuos que presentaron IS se tiene que la variable se comporta con algunas diferencias a lo dicho anteriormente, sobre todo que el porcentaje de los individuos que no refirieron apoyo familiar aumenta a un 28,6%. A su vez destacar que en los individuos que presentaron IS, al preguntarles sobre si existía algún tipo de factor disuasorio del intento activo

(pregunta n°10) un 43,3% respondieron que no intentaría el suicidio por su familia. Esto se puede reflejar en el estudio de Dajas,F(1990), en donde menciona al entorno sociofamiliar empático, funcionando como amortiguador de la incidencia de un suceso crítico.

A sí mismo, teniendo presente el modelo ecológico para comprender la violencia autoinflingida (donde todos sus componentes interactúan entre sí), aplicándolo al estudio, permite observar cómo la familia es la que actuaría influenciando, ya sea de manera positiva o negativa, a ese individuo (y viceversa).

En cuanto a las actividades recreativas, el 80% de los individuos no realiza actividades de ningún tipo, frente a un 20% que sí realiza. Si se observa el comportamiento de la variable teniendo en cuenta la realización o no de actividades recreativas, se evidencia que un 29,2% de AM que no realizan actividades presentó IS, mientras que no presentaron IS aquellos AM que realizaban actividades recreativas. Por su parte, los datos extraídos por la Lic. Balbuena en su estudio, muestran que de los AM que realizaban actividades recreativas un 3,7% presentaba IS, mientras que aquellos que no realizaban ningún tipo de actividad el porcentaje de IS ascendía a un 23,6%. Comparando estos datos se puede inferir que realizar actividades recreativas puede actuar como factor protector de la IS.

En relación a la dimensión temporal del pensamiento suicida, obtuvimos los siguientes datos: 72%, por períodos breves y un 28% por períodos prolongados a continuos. Comparando estos datos con la investigación realizada por la Lic.

Balbuena, podemos concluir que si bien existen pensamientos suicidas en los AM estudiados, la duración de dichos pensamientos no es tan relevante (el 43% de los estudiados por la Lic. Balbuena tenían pensamientos suicidas por períodos prolongados).

Al indagar sobre los sentimientos hacia el pensamiento o deseo suicida, el 57% manifestó indiferencia, 29% rechazo y un 14% aceptación. El alto porcentaje de indiferencia frente al tema puede deberse a síntomas de una posible depresión como lo son la apatía y la desesperanza.

En cuanto a las razones del proyecto de intento de suicidio el 86% manifestó que lo harían para escapar o resolver problemas, demostrando así una incapacidad para manejar situaciones de estrés, por lo cual también podríamos inferir que estos pensamientos se asocian a un posible estado depresivo.

Conclusiones

El principal resultado de la investigación es la alta prevalencia de IS siendo del 23%, es decir que 2 de cada 10 AM presenta IS.

En relación a los factores de riesgo suicida como lo son la edad, el género y el estado civil, se destaca en la población analizada el alto porcentaje de personas de género femenino, el elevado porcentaje de personas viudas y una población sumamente envejecida.

Al exponer la variable percepción de apoyo familiar, se obtuvieron altos porcentajes de AM que manifestaron un apoyo positivo, asimismo se debe recordar que dicha temática no fue abordada en profundidad y que sólo muestra la percepción del individuo, lo cual hace del mismo un dato subjetivo y que en ciertos casos no refleja la realidad.

También resulta relevante señalar la importancia de las actividades recreativas en este sector de la sociedad, ya que si bien no se reflejan signos de asociación entre la IS y la realización de actividades recreativas, quienes tuvieron una Escala de Beck positiva, ninguno realizaba actividades. Comparando el estudio realizado con el efectuado por la Lic. Balbuena y considerando que se está frente a poblaciones diferentes (ambulatoria e institucionalizada) los datos obtenidos reflejan resultados muy similares. Finalizando el trabajo se recuerda la aplicación del modelo ecológico como forma de análisis, el cual refleja la complejidad del tema abordado y por



consiguiente la necesidad de que la sociedad entera tome conciencia de la relevancia del tema en Uruguay.

Sugerencias

Como futuras profesionales en la salud consideramos de gran relevancia promover a nivel universal en las instituciones de larga estancia la realización de actividades del tipo recreativas-rehabilitadoras, atendiendo los gustos, intereses y capacidades motrices y cognitivas de cada uno de los individuos institucionalizados, con la elaboración de programas específicos para tal fin y que aborden las distintas áreas ya mencionadas. Con el fin de fomentar, estimular e impulsar en todos esos individuos la creación de nuevos vínculos, el reencuentro con su rol social y sus capacidades motrices y cognitivas.

En relación a futuras investigaciones, ansiamos que nuestra investigación sea un insumo de relevancia para la complementación y búsqueda de información, y que logre colaborar en la lucha para disminuir la incidencia del tema en cuestión.

Consideramos necesario que dentro de lo que implica la problemática del suicidio, se continúe el estudio de la IS ya que es el punto de partida de un posible desenlace fatal y es en donde se tienen más posibilidades satisfactorias de revertir la situación y prevenir un acontecimiento penoso. Así mismo creemos conveniente indagar más a fondo en relación a los factores disuasorios del intento de suicidio, y también tener más presente el rol de la familia y el contexto social del individuo como factores protectores de dicha ideación.

Anexos

Anexo I – Instrumentos de recolección de datos

li) Instrumento de relevamiento sócio-demográfico

Método de aplicación:

Mediante entrevista estructurada, completando casilleros.

Modelo de entrevista:

Institución:				
Nombre:		Sexo:	Femenino	Masculino
Edad:	Fecha de nacimiento:		C.I.:	

Nivel de instrucción:

- ☐ Analfabeto
- ☐ Primaria incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Estudios terciarios

Estado civil:

- ☐ Soltero
- ☐ Unión libre
- ☐ Casado
- ☐ Viudo
- ☐ Divorciado

Realiza actividades recreativas:

- ☐ SI
- ☐ NO

En caso de respuesta afirmativa, indique el tipo:

- ☐ Individual
- ☐ Grupal

De acuerdo a su percepción personal, se siente usted contenido por su familia:

- ☐ SI
☐ NO

lli) Test de Pfeiffer

Autor y año: Pfeiffer en 1975, como test de screening de deterioro cognitivo.

Características generales:

Es un cuestionario heteroadministrado de 11 preguntas, con las cuales se explora la memoria a corto plazo, la orientación, información sobre hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

1. ¿Qué fecha es hoy? (día/mes/año)	
2. ¿Qué día de la semana es?	
3. ¿Dónde estamos?	
4. ¿En qué mes estamos?	
5. ¿Cuál es su número de cédula?	
6. ¿Cuántos años tiene?	
7. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	
8. ¿Quién es el presidente?	
9. ¿Quién fue el presidente anterior?	
10. Dígame el primer apellido de su madre	
11. Empezando en 20, vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
Total de errores:	

Normas de aplicación:

Se realizan las 11 preguntas de la lista, y se marcan solamente aquellas contestadas erróneamente.

Interpretación:

Cada respuesta errónea tiene el valor de 1 punto. Una vez finalizado el test, se deberá sumar el total de puntos y compararlo a la escala predeterminada, en donde tenemos que:

-  0 a 2 errores: normal
-  3 a 4 errores: leve deterioro cognitivo
-  5 a 7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
-  8 a 10 errores: importante deterioro cognitivo

liii) Escala de Ideación Suicida

Nombre original: Suicide Ideation Scale (SIS)

Autor y año: Beck et al., 1979

Características generales:

Es una entrevista semi-estructurada, heteroadministrado, que presenta 19 ítems separados por cuatro secciones:

-  Actitud hacia la vida/muerte
-  Pensamientos o deseos suicidas
-  Proyecto de intento de suicidio
-  Realización del intento proyectado

Normas de aplicación:

Existen dos formas de aplicar la escala, una referida al presente y otra referida al momento de mayor crisis de la persona, éste último puede ser un hecho de la actualidad o bien puede referirse a un hecho del pasado, por lo que si es un hecho del pasado debe tenerse en cuenta que la entrevista debe ser retrospectiva.

En esta investigación se aplicó la escala teniendo en cuenta el presente de cada individuo.

Si el individuo contesta con un 0 (ninguno) a los puntos 4 y 5, se deja de contestar el cuestionario por considerarse no aplicable.

Interpretación:

Para cada ítem hay tres posibles repuestas que se califican de 0 a 2 puntos, que indican el grado creciente de severidad. El punto de corte, es una puntuación mayor o igual a 10 puntos, lo que indica un alto riesgo de suicidio. Aunque con solo tener un punto, ya se considera que existe ideación suicida

I. Características de la actitud hacia la vida / muerte

1. Deseo de vivir:

- ☐ Moderado a intenso (0)
- ☐ Débil (1)
- ☐ Ninguno (2)

2. Deseo de morir:

- ☐ Ninguno (0)
- ☐ Débil (1)
- ☐ Moderado a intenso (2)

3. Razones para vivir / morir

- ☐ Las razones para vivir son superiores a las de morir (0)
- ☐ Iguales (1)
- ☐ Las razones para morir son superiores a las de vivir (2)

4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio

- ☐ Ninguno (0)
- ☐ Débil (1)
- ☐ Moderado a intenso (2)

5. Intento pasivo de suicidio

- ☐ Tomaría precauciones para salvar su vida (0)
- ☐ Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada) (1)
- ☐ Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de administrarse su medicación) (2)

II. Características de los pensamientos / deseos suicidas

6. Dimensión temporal: duración

- ☐ Breve, períodos pasajeros (0)
- ☐ Períodos largos (1)
- ☐ Continuo (crónico), o casi continuo (2)

7. Dimensión temporal: frecuencia

- ☐ Rara, ocasional (0)
- ☐ Intermitente(1)
- ☐ Persistente o continua (2)

8. Actitud hacia el pensamiento / deseo

- ☐ Rechazo (0)
- ☐ Ambivalencia, indiferencia (1)
- ☐ Aceptación (2)

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- ☐ Tiene sensación de control (0)
- ☐ No tiene seguridad de control (1)
- ☐ No tiene sensación de control (2)

10. Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- ☐ No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio (0)
- ☐ Los factores disuasorios tienen cierta influencia (1)

- ☐ Influencia mínima o nula de los factores disuasorios (2)

Si existen factores disuasorios indicarlos:

11. Razones del proyecto de intento.

- ☐ Manipular el medio, atraer atención, venganza (0)
☐ Combinación de ambos (1)
☐ Escapar, acabar, resolver problemas (2)

III) Características del proyecto de intento

12. Método: especificación/planes

- ☐ No los ha considerado (0)
☐ Los ha considerado, pero sin detalles específicos (1)
☐ Los detalles están especificados/bien formulados (2)

13. Método: accesibilidad/oportunidad

- ☐ Método no disponible; no hay oportunidad (0)
☐ El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente (1)
☐ Método y oportunidad accesible (2)
☐ Oportunidades o accesibilidades futuras del método proyectado (2)

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- ☐ No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente (0)
☐ Inseguro de su coraje, competencia (1)
☐ Seguro de su competencia, coraje (2)

15. Expectativas/anticipación de un intento real

- ☐ No (0)
☐ Incierto, no seguro (1)
☐ Si (2)

IV) Realización del intento proyectado

16. Preparación real

- ☐ Ninguna (0)
☐ Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras) (1)
☐ Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada) (2)

17. Notas acerca del suicidio

- ☐ No escribió ninguna nota (0)
☐ Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla (1)



☒ Completada

18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones)

- ☒ Ninguno (0)
- ☐ Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados (1)
- ☐ Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado (2)

19. Engaño/encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta)

- ☐ Reveló estas ideas abiertamente (0)
- ☐ Fue reacio a revelarlas (1)
- ☐ Intentó engañar, encubrir, mentir (2)

Anexo II – Disposiciones éticas

Ili) Carta de solicitud de permisos a residenciales

Modelo:

Nombre residencial

A quien corresponda

Por medio de la presente solicitamos a usted/es autorización para realizar nuestro trabajo de investigación titulado “Prevalencia de Ideación suicida en el adulto mayor institucionalizado”, correspondiente al trabajo de investigación final de la carrera Licenciatura de Enfermería, a cargo de la tutoría de la Lic. Miriam Costabel y la Lic. Mariela Balbuena.

Nuestra propuesta se basa en un estudio cuali – cuantitativo de corte transversal, que llevaremos a cabo mediante la realización de entrevistas a los residentes de la institución con el fin de obtener datos socio – demográficos, y la aplicación de diferentes escalas como ser: escala de Beck, test de Pfeiffer.

Saludan atentamente

Cecilia Marichal

Daniela López

Patricia Carrión

Natalia Diffilippo

Mariela González



■ lli) Documento consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en la investigación:

“Prevalencia de la ideación suicida en el adulto mayor institucionalizado”

A Usted se le está invitando a participar en forma libre y voluntaria en una investigación de Enfermería cuyo objetivo es conocer la prevalencia de la Ideación suicida en adultos mayores institucionalizados.

Dando cumplimiento al artículo 12 de la Ley N° 18.335, y a la Ley N° 18.331, se solicita a Ud. el consentimiento informado para su participación.

Por este medio manifiesto:

- He recibido información detallada sobre la justificación, los objetivos y los procedimientos que serán utilizados en la investigación para recopilar los datos.
- Estoy informado(a) con respecto a lo siguiente:
 - ☛ La libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el trabajo, no me trae ningún perjuicio.
 - ☛ La garantía de que no voy a ser identificado(a) y se mantendrá la información confidencial relacionada con mi vida y pensamientos.
 - ☛ Que se mantengan todos los preceptos éticos y legales durante y después de la búsqueda.
 - ☛ El compromiso de que tengo acceso a la información en todas las fases del trabajo y los resultados.

Nombre del participante _____,
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Investigadores responsables:

Patricia Carrión,

Natalia Diffilippo,

Mariela González,

Daniela López,

Cecilia Marichal

Documento con copia para el participante.

Anexo III - Matriz de operalización de datos

Nº de caso	Género	Edad	Estado civil	Nivel de Instrucción	Religión	Apoyo familiar	Actividades recreativas	Tipo de actividades	Test Pfeiffer	Escala de Beck	Puntaje Escala de Beck
1	Fem.	78	Solt.	Prim. Inc.	Catól.	Si	Si	Grupal	Normal	Neg.	0
2	Masc.	79	Solt.	Prim. Inc.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
3	Masc.	83	Solt.	Prim. Inc.	Catól.	Si	No	No realiza	Leve	Neg.	0
4	Fem.	72	Viud.	Sec. comp.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
5	Masc.	72	Solt.	Prim. Inc.	Catól.	Si	Si	Individual	Leve	Neg.	0
6	Fem.	90	Viud.	Sec. Inc.	Catól.	Si	Si	Grupal	Normal	Neg.	0
7	Fem.	82	Solt.	Prim. Comp.	Catól.	No	No	No realiza	Normal	Neg.	0
8	Masc.	94	Solt.	Prim. Inc.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
9	Fem.	96	Viud.	Prim. Comp.	Catól.	Si	No	No realiza	Leve	Neg.	0
10	Fem.	86	Viud.	Prim. Comp.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
11	Fem.	88	Viud.	Prim. Comp.	No relig.	Si	No	No realiza	Leve	Neg.	0
12	Masc.	87	Viud.	Analf.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
13	Fem.	80	Viud.	Prim. Comp.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
14	Fem.	77	Viud.	Prim. Comp.	Catól.	Si	Si	Grupal	Normal	Neg.	0
15	Fem.	78	Viud.	Est. Terc.	No relig.	Si	Si	Grupal	Leve	Neg.	0
16	Fem.	81	Viud.	Prim. Comp.	Catól.	Si	No	No realiza	Leve	Neg.	0
17	Masc.	83	Viud.	Prim. Inc.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
18	Fem.	86	Solt.	Prim. Inc.	Catól.	No	No	No realiza	Leve	Neg.	0
19	Masc.	88	Casad.	Prim. Inc.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Neg.	0
20	Fem.	95	Viud.	Prim. Inc.	Catól.	Si	No	No realiza	Leve	Neg.	0
21	Masc.	78	Solt.	Prim. Inc.	Catól.	No	No	No realiza	Normal	Neg.	0
22	Fem.	78	Solt.	Analf.	Catól.	Si	No	No realiza	Leve	Neg.	0
23	Fem.	71	Divor.	Prim. Comp.	Catól.	Si	Si	Grupal	Normal	Neg.	0
24	Fem.	95	Viud.	Prim. Inc.	Catól.	No	No	No realiza	Normal	Pos.	12
25	Masc.	74	Divor.	Sec. Inc.	No relig.	Si	No	No realiza	Normal	Pos.	8
26	Fem.	86	Viud.	Prim. Inc.	Catól.	Si	No	No realiza	Normal	Pos.	8
27	Fem.	76	Divor.	Prim. Inc.	Catól.	No	No	No realiza	Normal	Pos.	9
28	Fem.	83	Viud.	Prim. Comp.	Catól.	Si	No	No realiza	Leve	Pos.	7
29	Masc.	77	Divor.	Prim. Inc.	Catól.	No	No	No realiza	Normal	Pos.	16
30	Fem.	82	Viud.	Prim. Comp.	Catól.	Si	No	No realiza	Leve	Pos.	23



Bibliografía

Bibliografía consultada

Burke MM, Walsh MB. Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. Madrid: Elsevier; 1998.

Conwell Y, van Orden K, Caine ED. Suicidio en ancianos. Revista Psiquiatría Biológica (España) 2012; vol 19, n°4, pag 127-136

Durkheim É. El suicidio. 1a ed. Buenos Aires: R.P. Centro Editor de Cultura; 2009.

Eliopoulos C. Enfermería Gerontológica. 8a ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Referencias bibliográficas

- ¹ World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/ [consulta: 20 feb 2015].
- ² Ibid. p. [7].
- ³ Prevención del Suicidio (SUPRE). [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/ [consulta: 18 feb 2015].
- ⁴ Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas – Informe regional. [Internet]. 2014. p [1-6]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114-%3Anew-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es [consulta : 25 feb 2015].
- ⁵ Ibid. p. [6-7].
- ⁶ World Health Rankings. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/suicide/by-country/> [consulta: 13 may 2015].
- ⁷ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 2012. [Internet]. 2012. p [85]. Disponible en: <http://ine.gub.uy/documents/10181/37387/Anuario+2012.pdf/57a0d22d-10a6-4856-ac4f-771741104747> [consulta : 20 feb 2015].

⁸ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet]. 2011. p [7-8]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690> [consulta: 20 feb 2015].

⁹ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. [Internet]. 2005. p [5-7]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf [consulta : 23 feb 2015].

¹⁰ Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de cuidado. Cuidados en personas adultas mayores. [Internet]. 2013. p [8]. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf [consulta: 15 oct 2015].

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. [Internet]. 2008. p [11-12]. Disponible en http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf [consulta: 4 mar 2015].

¹² Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. [Internet]. 2011. p [74-78]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf [consulta: 4 mar 2015].

¹³ Organización Mundial de la Salud, 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020. [Internet]. 2013. p [1-2]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/events/2013/wha66/journal/es/index3.html>

[consulta: 25 feb 2015].

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Op. Cit. p [1-2].

¹⁵ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Creación de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública. Decreto N° 378/004 de 21 de octubre de 2004. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/378-2004>.

[consulta: 23 mar 2015].

¹⁶ Día Nacional para la Prevención del Suicidio. Ley N° 18.097 de 12 de enero de 2007. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18097-2007> [consulta: 23 mar 2015].

¹⁷ Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Departamento de Programación Estratégica en Salud. Plan Nacional de Prevención del Suicidio: para Uruguay 2011-2015. “un Compromiso con la vida”. [Internet]. 2009. p [17-28]. Disponible en:

http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_preencion_del_suicidio.pdf [consulta: 26 feb 2015].

¹⁸ Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015. [diapositiva]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Ministerio del Interior. Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Desarrollo Social; 2013.

¹⁹ Universidad de la República (Uruguay). Facultad Enfermería. Red Nacional de Prevención del Suicidio. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://eva.universidad.edu.uy/course/view.php?id=1950> [consulta : 26 feb 2015].

²⁰ Dajas, F. Alta tasa de suicidio en Uruguay: consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev. Med. Uruguay. [Internet]; 1990; 6: 203-215. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1990v3/art9.pdf> [consulta : 19 mar 2015].

²¹ Balbuena, M. Ideación suicida en el adulto mayor. [tesis de maestría]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2014.

²² Tiesca Molina R., Navarro Lechuga E., Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte Barranquilla (Colombia). [Internet]. 2003; 17: 19-28. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Edgar_Navarro4/publication/237512404_Factores_de_riesgo_asociados_al_suicidio_e_intento_de_suicidio/links/561b941a08ae78721fa0ec24.pdf [consulta: 22 mar 2015].

²³ Garay M, Capezzuto B, Díaz A, Vázquez L, Balbuena M, Luquez C, et al. Depresión. intento de autoeliminación: aspectos conceptuales y herramientas para enfermería. Montevideo: CSEP; 2015.

²⁴ López Trigo JA. La depresión en el paciente anciano. Geriatrionetcom. [Internet]; 2001; 3 (2). Disponible en: <http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf> [consulta: 4 abr 2015].

²⁵ Fernandez Santos CM. Depresión en el anciano. [Internet] 2002; 40: 28-31.

Disponible en: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/enero2002/28-31.pdf>
[consulta: 4 abr 2015].

²⁶ Peña Solano DM, Herazo Dilson MI, Calvo Gomez JM. Depresion en ancianos. Rev Fac Med (Colombia) [Internet] 2009; 57 (4): 347-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf> [consulta: 5 abr 2015].

²⁷ Gutierrez Garcia AG, Contreras CM, Orozco Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. Salud mental (México) [Internet] 2006; 29 (5): 66-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf> [consulta: 5 abr 2015].

²⁸ Vega Piñeiro M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. Salud Global (España) 2002; 2(4): 2-15. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j79.pdf> [consulta: 4 abr 2015].

²⁹ Uruguay. Misiterio de Salud Pública. Programa de Salud Mental. Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Op. Cit. p. 16-18.

³⁰ Aguirre M. La institucionalización de la vejez en Uruguay. En: 13° Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR; Montevideo; 15-17 setiembre de 2014. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2014/09/Aguirre.pdf>
[consulta: 8 jul 2015].

³¹ Moreno A. El suicidio en el anciano institucionalizado. ALCMEON (Argentina) [Internet]. 2011; 17(2): 162-68. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/17/66_oct11/07_moreno_alc66.pdf [consulta: 19 feb 2015].

³² Girard G. Espiritualidad y Suicidio ¿Factor protector o factor de riesgo? [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Espiritualidad%20y%20suicidio.pdf> [consulta: 23 ago 2015].

³³ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. Op. Cit. p.6

³⁴ Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [Internet]. 2003. p [13-15]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1> [consulta : 25 mar 2015].

³⁵ Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Ley 18.335 de 15 de agosto de 2008. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008> [consulta: 4 jun 2015].

³⁶ Ley de Protección de Datos Personales. Ley 18.331 de 11 de agosto de 2008. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008> [consulta: 4 jun 2015].

³⁷ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet]. 2011. p [4-12]. Disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690> [consulta: 20 feb 2015].