



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



# **IDEACIÓN SUICIDA EN EL ADULTO MAYOR**

**Autor:**

Lic. Enf. Mariela Balbuena

**Tutor:**

Prof. Mg. Miriam Costabel

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

**Montevideo, 2014**

*No te rindas, aún estás a tiempo  
De alcanzar y comenzar de nuevo,  
Aceptar tus sombras, enterrar tus miedos,  
Liberar el lastre, retomar el vuelo*

*No te rindas que la vida es eso,  
Continuar el viaje, perseguir tus sueños,  
Destrobar el tiempo, correr los escombros,  
Y destapar el cielo.*

*No te rindas, por favor no cedas,  
Aunque el frío queme, aunque el miedo muerda,  
Aunque el sol se esconda y se calle el viento,  
Aún hay fuego en tu alma ,aún hay vida en tus sueños.*

*Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo  
Porque lo has querido y porque te quiero  
Porque no hay heridas que no cure el tiempo.  
Porque existe el vino y el amor, es cierto.*

*Abrir las puertas, quitar los cerrojos,  
Abandonar las murallas que te protegieron,  
Vivir la vida  
y aceptar el reto.*

*Recuperar la risa, ensayar un canto,  
Bajar la guardia y extender las manos  
Desplegar las alas e intentar de nuevo,  
Celebrar la vida y retomar los cielos...*

**NO TE RINDAS**

**Mario Benedetti**

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi esposo Roberto por compartir la vida y nuestros hijos Cecilia y Joaquín.

A mi padre por su ternura, sabiduría y apoyo en todas las etapas de mi vida.

A mi madre por su amor y sé que donde estés, estás en mí y en mis hijos.

A los Profesores Alma Carrasco, Silvia Meliá, Margarita Garay, Iris Dutra y Álvaro Díaz por haberme guiado en este camino de la Salud Mental y su generosidad de transmitir sus conocimientos

A Prof. Mg Miriam Costabel por su impulso constante, su enriquecimiento académico, gracias por tu tolerancia.

A mis compañeros de generación de Maestrías por sus apreciable aportes, el tiempo compartido y el transitar juntos el camino.

A Psicóloga. Rita Amaral y Magister Ps. Robert Pérez por sus aportes desde la especialidad.

A Licenciada en Psicología Jaqueline Acosta por su constante aporte profesional y personal.

A Licenciada Ana Rapanello por su imprescindible presencia y acompañamiento.

A Daniel Barbosa por su apoyo constante.

A la Institución de Asistencia Médica colectiva que permitió realizar la tesis en especial a su Director Técnico Dr. Ruben Orozco, Jefe del Departamento de Enfermería Lic. Soledad Florio y colegas del Departamento de Enfermería.

A la Encargada de Relaciones Públicas de IAMC Dinora Bonilla y la Narda Monay quienes colaboraron imprescindiblemente para la elaboración de la tesis.

	Página
<b>ÍNDICE</b>	
Resumen	8
1. Planteamiento del Problema	9
1.1 Epidemiología del Suicidio en Uruguay	11
2. Justificación y uso de resultados	15
3. Marco Teórico.	16
3.1 El Suicidio a través de la Historia	18
3.2 Definición de Suicidio	17
3.3 Modelo explicativo de la conducta suicida	20
3.4 Modelo Ecológico explicativo del acto suicida	22
3.5 Modelo de Enfermería para abordar la conducta suicida	23
3.6 Conceptualizaciones sobre el Adulto Mayor	25
3.7 Adulto Mayor y suicidio	27
4. Objetivos: General y específicos.	28
5. Metodología	29
5.1 Tipo de estudio	29
5.2 Universo de estudio. Selección de la muestra	29
5.3 Tamaño de la muestra	30
5.4 Unidad de análisis	31
5.5 Instrumento a utilizar	31
5.6 Criterios de inclusión	32
5.7 Procedimiento para recolectar la información	32
5.8 Matriz de operativización de variables	33
5.9 Métodos para el control de calidad de los datos	35

6.	Ética	36
7.	Plan de análisis de los resultados	37
7.1	Caracterización de la muestra	38
7.2	Aplicación del Instrumento	39
7.3	Análisis Bivariado	43
8.	Conclusiones	54
9.	Sugerencias	56
10	Bibliografía	58
11	Anexos	61
11.1	Modelo Ecológico explicativo de la conducta suicida	61
11.2	Cuestionario para relevar datos socio demográficos	62
11.3	Escala de Ideación Suicida	63
11.4	Consentimiento informado para participar en la Investigación	65
11.	Consentimiento informado de Aval Institucional	66
11.6	Tabla de resultados de la aplicación del cuestionario socio demográficos	67
11.7	Tabla de resultados de la aplicación de escala de Ideación Suicida	70



## ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
IAE	Intento de Auto eliminación
SUPRE-MISS	Suicide Pevention Multisite Intevention Study on Suicide
AL	América Latina
MSP	Ministerio de Salud Pública
AM	Adulto Mayor
IS	Ideación suicida
S	Siglo
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
EIS	Scale for Suicide Ideation
IC	Intervalo de confianza
OR	Odds Ratio
ANOVA	Análisis de varianza
OPS	Organización Panamericana de Salud
EIS	Escala de Ideación Suicida

## RESUMEN

El suicidio representa un problema sanitario a nivel mundial, en el cual los adultos mayores son la franja etaria de mayor riesgo. La ideación suicida es la fase inicial dentro del proceso suicida y su identificación precoz permite establecer medidas eficaces de prevención.

Objetivo: Identificar la significancia estadística de Ideación suicida en el adulto mayor. Se realizó en una Institución de Asistencia Médica Colectiva un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuanti- cualitativo por medio de una selección muestral de 356 adultos mayores la cual se seleccionó en forma probabilística y fue representativa del universo conformado por 4929 adultos mayores afiliados a la Institución.

Se aplicó la escala de Ideación suicida de Beck AT, kovacs M y Weissman A (1979) junto con un cuestionario para relevar datos socio demográficos.

Se garantizó la confidencialidad por medio del consentimiento libre e informado y se obtuvo autorización Institucional.

Se procesó los datos por SPSS: análisis univariado, bivariados, t de Student y ANOVA; la significancia estadística se consideró cuando  $p < 0,5$ .

Resultados: la media de edad fue  $74 \pm 7$  años, mayoritariamente femenina, en un 86 % de procedencia urbana, el 73 % posee sólo instrucción primaria, un tercio es viudo, 28 % manifestó vivir solo y el 14,6 % refirió no sentir apoyo familiar.

La prevalencia de Ideación suicida de la muestra fue del 27 %. De las variables socio demográficas estudiadas se obtuvo significación estadística con Ideación suicida en: estado civil, participación en actividad recreativa y composición del núcleo familiar.

La percepción de sentir apoyo familiar fue la variable más significativa de la muestra con OR de 10.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un grave problema de Salud Pública internacional por su impacto en la morbi-mortalidad mundial, en los últimos 45 años el aumento ha sido significativo tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Según reporte de la OMS en el año 2000 se produjeron 815 mil muertes por suicidio, representando una tasa mundial de mortalidad anual de 14.5 por 100 mil habitantes y ocupó la decimotercer causa de muerte en el mundo.

Dentro del espectro suicida son substanciales los intentos de suicidio por su prevalencia oscilando entre 10 y 40 millones por año generando en términos comparativos un suicidio cada 45 segundos y un intento de autoeliminación (IAE) cada 1 a 3 segundos.

El cálculo de las tasas de suicidio se realiza considerando el número de suicidios por cien mil habitantes por año; la OMS <sup>1</sup> evalúa tasas bajas a las menores a 6; medias entre 6 a 13; altas mayor a 13 hasta 30 y muy altas a las mayores a 30.

Es relevante considerar las dificultades de obtener información fidedigna entorno al suicidio por constar una tendencia generalizada al sub registro y evidentes variaciones de cómo se registran las defunciones en los diferentes países.

Las proyecciones realizadas por OMS (2004) <sup>2</sup> indican un aumento exponencial prediciendo para el año 2020 que las muertes por suicidio podrían ascender a 1,5 millones anuales, esto contextualizado en lo multidimensional y complejo del fenómeno dado que afecta la esfera emocional, económica y social de miles de personas relacionadas con el suicida, sus familiares, amigos y los sobrevivientes de eventos por lo cual se considera al suicidio un tema impostergable desde lo sanitario.

Para afrontar el impacto del fenómeno suicida se impulsa una iniciativa mundial desde la OMS (1999) promocionando el estudio Suicide Prevention Multisite Intervention Study on Suicide (SUPRE-MISS)<sup>3</sup> en los cinco continentes, éste incluye la comparación de diversos indicadores socioculturales estandarizados, una intervención clínica sobre las personas IAE, estudios sobre la ideación y comportamientos suicida en la comunidad e incorpora una investigación biológica.

Según la distribución geográfica a nivel mundial las tasas más altas de suicidio (mayores a 30) se reportan en Europa Oriental destacándose Estonia, Lituania y las cifras más bajas en países del Mediterráneo e islámicos.

En América Latina (AL) y el Caribe las tasas son tradicionalmente bajas a excepción de Cuba quien ocupa el primer lugar con una tasa de suicidios de 18.1/100.000 en el período 2000-2005 y Uruguay en segundo lugar con una tasa del 15,9 / 100.000 en dicho período.

De acuerdo con los conceptos de Bertolote JM (2009)<sup>4</sup> se destacan diferentes factores que inciden en la conducta suicida como:

- Factores de riesgo predisponentes al suicidio: intentos previos, enfermedades mentales (depresión, esquizofrenia).
- Factores precipitantes como stress intenso, contextos de pérdidas personales, afectivas y / o económicas.
- Factores facilitadores a los cuales define en relación a la accesibilidad de concretar el suicidio en relación a la disponibilidad real de medios efectivos para realizarlo.
- Factores de protección abordando las esferas familiares y sociales como buena organización en la familia e integración social (participación en grupos religiosos, culturales y / o deportivos).

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO EN URUGUAY.

Dajas F (1990) <sup>5</sup> realizó un estudio epidemiológico en base al año 1987 sobre el suicidio e IAE con el fin de diseñar el perfil suicida en Uruguay concluyendo:

- Las tasas de suicidio ubica a Uruguay con una de las más altas del Tercer Mundo.
- En 1986 tuvo la tasa más alta en AL para el suicidio.
- Según grupo de edad: evidenció la tasas más altas en hombres a partir de los 50 años; tomando su máxima expresión en la séptima y octava década de vida y respecto al IAE predominó en sexo femenino en etapa joven.

El Ministerio de Salud Pública (2000) <sup>6</sup> efectuó un estudio del suicido en Uruguay recopilando datos entre 1887 al 2000 conjuntamente con un análisis epidemiológico del año 2000 concluyendo:

1. Uruguay se encuentra en el primer tercio de país con tasa de mortalidad más altas por suicidio, ocupando el segundo lugar en Latinoamérica y primer lugar dentro de Sudamérica.
2. El suicidio es una de las principales causas de muerte en Uruguay, con un promedio diario de 1,7 muertes.
3. La tasa más elevada de mortalidad dependientes de la variable de la persona se situó :

- Según franja etaria en :
  - 75 años y más con 47,6/100.000
  - 70 a 74 años 37,9/100.000
  - 65 a 69 37,8/100.000.

- Según sexo: Es prevalente en hombre en razón de 3 a 1.
- Considerando la situación conyugal en el interior la mayor tasa de suicidio es en viudos.
- Según nivel de instrucción las cifras más elevadas de suicidio fue de Instrucción Terciario reportando tasas del 30 /100.000  
Sin instrucción tasa de 21/100.000.  
Secundaria completa 18,6/100.000  
Primaria 15,5/100.000.
- Montevideo reporta una elevación de la tasa de suicidio 16 veces mayor entre los que no profesaban una religión a los que sí lo hacían.

#### 4. Variables del lugar

- En tabla 1 se describen las tres tasas nacionales reportadas como más alta por departamentos en: Rocha, San José y Colonia.

**Tabla 1.** Tasa de Suicidio según departamento año 2000.

Departamento	Tasa de Suicidio año 2000
Rocha	44,50
San José	25,20
Colonia	24,96

Fuente de datos: Ministerio de Salud Pública.  
Dirección General de la Salud Unidad central de Salud Mental. Informe sobre suicidio en Uruguay. Montevideo, MSP, 2000. p. 117.

#### 5. En relación a la característica del acto suicida:

El 21% dejó nota suicida.

El 74 % de los suicidios se consumó en el primer intento.

#### 6. Referido a las Morbilidades se destaca:

57 % poseía trastornos depresivos

26 % vivían solos.

Dajas F (2001) <sup>7</sup> analiza las tasas de suicidio en Uruguay durante el S. XX evaluando que existe una homogeneidad en las tasas de suicidio desde 1904 a 1984 con una media de 10,75  $\pm$ 1,32 , en la revisión desde 1976 al 99 oscila en 10,88 denota un incremento significativo en 1998 con una tasa máxima con 16/100.000 habitantes.

En su análisis según grupos de edad reconoce el aumento paulatino con neto predominio en edades avanzadas correspondiente éste a lo observado a nivel mundial; con un aumento en el género masculino, proveniente de Montevideo en edad joven y madura temprana.

Montalbán A (2004)<sup>8</sup> expone el suceso reportado en 2004 como la cifras más altas de suicidio con cifras de 21,7 / 100.000 habitantes.

Estudios realizados por Ginés A <sup>9</sup> (2005) referencian en Uruguay un incremento significativo próximo al 40 % de las tasas de suicidio en los últimos 20 años.

Del informe estadístico del MSP (2010) <sup>10</sup> releva datos de suicidio en Uruguay comprendidos entre 2004 – 2009; se pondera tasas de suicidio por año, distribución por sexo, edad, distribución geográfica sintetizado en:

■ La media desde 2004 – 2009 fue 16,8/100.000.

■ En tabla 2 se esquematiza la distribución de tasa de suicidio enmarcada por rango etario durante el año 2009 destacándose a los mayores de 65 años como la franja de mayor tasa de suicidio, sucedida por la franja de 45 a 54 años.

**Tabla 2:** Tasa de suicidio según franja etaria año 2009.

Años	Tasa suicidio / 100.000
0-9	0
10-24	11,12
25-34	20,68
35-44	17,89
45-54	21,48
55-64	19,57
> 65	33,72

Fuente: MSP.

Programa Nacional de Salud Mental. Líneas estratégicas para la prevención del suicidio, 2010. p. 5-7.

El reporte del Programa Nacional de Salud Mental del MSP considera el suicidio como una prioridad sanitaria por prevalecer una tasa de 17/100.000.

## 2. JUSTIFICACIÓN Y USO DE RESULTADOS.

Fundamentado el aumento significativo de la tasa de suicidio en Uruguay es necesario implementar medidas de prevención sobre los factores considerados de mayor riesgo y fortalecer los factores evaluados como protectores de la conducta suicida.

Se evidencia en la revisión bibliográfica el riesgo elevado en la franja etaria de adultos mayores Dajas F (1990,1991), Montalbán A (2004), Informe estadístico MSP (2000), Pérez Barrero S (2004), asociando factores como viudez, vivir solos, enmarcando las características implícitas del acto suicida en el Adulto Mayor (AM) caracterizado por ser más premeditado junto con el uso de métodos más mortales incrementando los riesgos vitales.

Considerada la ideación suicida como la primera etapa del proceso suicida, etapa en la cual precozmente se puede detectar e incidir, es relevante la misión de Enfermería como disciplina profesional cuyo objeto de conocimiento es el cuidado del individuo desde lo integral sustentando el vínculo desde la perspectiva de Peplau H (1957) como interpersonal y terapéutico.

Se aborda el proceso suicida desde el modelo ecológico multidimensional centrado en enfatizar la etiología del fenómeno para recurrir a estrategia de prevención oportunas; el modelo considera factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales, inserto dentro del contexto en el cual se produce permitiendo objetivar a la realidad del medio al cual el AM pertenece.

Al investigar el fenómeno es posible sugerir medidas en prevención indicada la cual es definida por Malvárez S (2010)<sup>11</sup> “a personas en alto riesgo que son identificables como personas con signos y o síntomas mínimos pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental”.

La aplicación de un instrumento validado para relevar la ideación suicida (en adelante IS) permitiendo objetivar e identificar los individuos de alto riesgo en etapas precoces constituye una estrategia válida para sugerir implementar medidas preventivas enmarcadas en la población que se investiga.

### 3. MARCO TEÓRICO.

#### 3.1 EL SUICIDIO A TRAVÉS DE LA HISTORIA.

*“Cada sociedad tiene en determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio”.*

*Emile Durkheim(1897).*

El suicidio como fenómeno humano ha estado presente en todas las épocas históricas; los principios filosóficos, religiosos, culturales y éticos le han otorgado una connotación propia acompañando la concepción que cada época histórica le otorgó a la muerte.

Las culturas Orientales elogiaron durante siglos el suicidio como acto de respeto a la tradición ejemplificado en el Sutee en India y Harakiri en Japón.

Durante la época griega clásica bajo una visión naturalista, racionalista del cosmos y del hombre la salud era el bien máspreciado.

La enfermedad es entendida como un desequilibrio donde la cura se obtiene retornando a la naturaleza, el suicidio era considerado en forma ambivalente como un acto repudiado y perseguido pero se aceptaba en aquellos casos que el tribunal del Estado lo autorizaba.

El pensamiento destacado de esta época es el del Corpus Hipocraticum que abarca el primer pensamiento médico occidental, su representante Hipócrates expuso la teoría humoral de la enfermedad considerando al cuerpo humano compuesto por 4 humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, originándose la enfermedad al existir una deficiencia o exceso en los humores.

En Roma el castigo era cruento dado se acusaba al suicida de felonía negándole sepultura, se confiscaban sus bienes, se destruía su testamento afectando así a sus deudos; sólo se justificaba el suicidio como resultado de un trastorno mental.

La edad Media se inicia con la caída del imperio romano en el Siglo (S.) V hasta el S. XIV, instaurado el cristianismo en Europa occidental como religión oficial destacando la ideología de San Agustín (354 – 430) sobre la división de un mundo terrenal y un mundo divino, es la denominada “época oscura” donde el concepto salud enfermedad mental estaba enmarcado en la demonología y lo pagano.

El tratamiento hacia los suicidas alcanzó cotas todavía más drásticas e intransigente considerándolo formalmente proscrito, equivalente al homicidio donde a través del Concilio de Arlés (año 452) otorgaba una condena oficial al considerarlo de inspiración demoníaca; a los cadáveres de suicidas se los mutilaba y a sus familiares se los despojaba de la herencia, que solía pasar al Estado.

En la Alta edad media S. XIII bajo el pensamiento de Santo Tomás de Aquino (1225-1274) se considera al suicidio pecado mortal contra Dios. En Inglaterra se mantuvieron desde S. XI hasta el XIV las prácticas cruentas sobre el cuerpo del suicida persistiendo hasta S. XIX los castigos y penas hacia quienes realizan intentos de suicidio.

Durante el renacimiento S. XIV al XVI surge una nueva concepción del hombre y su proceso salud enfermedad destacando la importancia de la observación clínica, el humanismo médico y la búsqueda de una nueva idea de naturaleza, mitigándose el trato hacia el suicida. El aporte del médico de Robert Burton (1621) en su obra Anatomía de la melancolía abordó el suicidio desde la doctrina científica.

En Francia por medio de la revolución francesa se suprime el suicidio dentro de la lista de crímenes legales, persistiendo el estigma religioso de prohibición y reprobación moral.

La palabra suicidio es un neologismo que aparece a fines del S. XVII introducido por Thomas Brouwne en su obra Religio Medici impresa en 1642, es un vocablo proveniente del latín, formado por el prefijo “sui” que significa de sí mismo y el sufijo “cidium” proveniente de caedere cuyo significado en latín es matar definiéndose como “matarse a sí mismo”.

En el S. XIX comienza a estudiarse en forma científica el suicidio destacándose el pensamiento de Pinel (1801) seguido de su discípulo Esquirol (1838) vinculando al suicidio como un síntoma característico de una enfermedad mental a diferentes trastornos psiquiátricos.

### **3.2 DEFINICIÓN DE SUICIDIO**

La OMS (1969) define el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención del conocimiento de sus motivos, partiendo de que debe tener como resultado del acto, la muerte.

Durkeim E (1897) se refiere al suicidio como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima a sabiendas que va a producir dicho resultado”<sup>12</sup>.

Siguiendo a Beck AT, Kovacs M y Weissman A (1979) definen el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, exponiendo en peligro la propia vida cuyo resultado es la muerte.

La IS es considerada la fase de inicio del proceso de suicidio por tanto es considerada la etapa más importante para la prevención, Beck AT (1979) define la Ideación como los pensamientos que padecen los sujetos en forma reiterativa sobre el tema de su propia muerte las cuales en oportunidades consta de planes y deseos de cometer el suicidio pero no ha hecho evidente el intento.

Pérez Barrero S (1999) <sup>13</sup> nuclea el proceso suicida en tres categorías:

1. IS: donde existen pensamientos de terminar con su propia vida.
2. Intento de Suicidio: incluye para suicidios e IAE determinado por el daño que el sujeto se provoca a sí mismo.
3. Suicidio consumado: definido como toda lesión auto infligida por el propio sujeto cuyo resultado es la muerte.

Dentro de IS el autor diferencia:

El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”.

La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo.

Las IS consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y pudiendo adoptar las siguientes formas de presentación:

🎬 **Idea suicida sin un método específico:** con deseos de matarse sin plan.

🎬 **Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado:** la persona expone sus deseos de matarse y tiene un plan aún no especificado.

🎬 **Idea suicida con un método específico no planificado:** el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos autodestructivos.

🎬 **El plan suicida o idea suicida planificada:** el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

### 3.3 MODELO EXPLICATIVO DE LA CONDUCTA SUICIDA

A través de la historia ha existido el fenómeno del suicidio siendo en el S. XIX cuando comienzan a surgir las primeras explicaciones teóricas que intentan explicar la conducta suicida desde la visión de diferentes disciplinas como la sociología, la psicología y la biología.

La clásica teoría psiquiátrica cuyo exponente es Pinel P (1801) quien en su propuesta de clasificación de enfermedades mentales considera al suicidio como una conducta mórbida, su línea de estudio es profundizada por su discípulo Esquirol quien lo considera síntoma de un trastorno mental.

Desde la sociología se reconoce a Durkeim E (1897) como principal representante, su visión del ser humano como ser social y la influencia de las corrientes sociales en la etiología del suicidio se identifica en su exposición de que “cada sociedad humana tiene para el suicidio una aptitud más o menos pronunciada; cada grupo social tiene realmente por este acto una inclinación colectiva que le es propia y de la que proceden las inclinaciones individuales; de ningún modo nace de éstas”<sup>14</sup>.

Relaciona las conductas suicidas a los ambientes sociales y morales contribuyendo a conferir una explicación social de la tasa de suicidios en su época, define cuatro tipos de suicidios según el grado de integración y regulación de la sociedad en que surgían:

- **Egoísta** donde prevalece una falta de integración del individuo en la sociedad producto de que el hombre ya no vislumbra en la vida una razón de ser.
  
- **Altruista** (contrario al Egoísta) donde existe una pérdida en la noción de individualidad asumiendo que su muerte contribuye al bienestar social de la comunidad a la que pertenece, donde seguir viviendo sería una ignominia.

■ **Anómico** considerado el autor como el principal tipo de suicidio, cuya probabilidad aumenta cuando dejan de actuar las fuerzas reguladoras de la sociedad, es el característico de la sociedad moderna donde prevalece la división del trabajo, refleja la correlación entre las tasas de suicidios y la fases del ciclo económico, en este tipo de suicidio se produce una ruptura repentina de la habitual relación entre la sociedad y el individuo (ejemplo pérdida de seres queridos, propiedades).

■ **Fatalista:** sucede cuando la regulación de la sociedad es demasiado excesiva, en personas en las que el futuro esta implacablemente determinado, ejemplificándolo en el esclavo.

Desde la Teoría Psicoanalítica Freud S (1917) aborda las primeras explicaciones psicológicas sobre el suicidio, en su libro Duelo y Melancolía <sup>15</sup> explicitando los impulsos hacia el suicidio como impulsos homicidas hacia sí mismo donde reconoce hostilidad y agresión que no puede ser exteriorizada junto con sentimientos ambivalentes de amor- odio.

La teoría biológica centra su estudio en el rol de la serotonina considerando que los bajos niveles de funcionamiento serotoninérgico estarían vinculados a un mayor riesgo de los suicidios, los estudios fueron iniciados por Asberg (1976) y cols. ; centraron el análisis de metabolitos de serotonina evidenciando en estudios post mortem de suicidas que los valores de 5 - hidroxindolacético en el líquido cefalorraquídeo no se correlacionaban con la depresión sino con los antecedentes de conductas suicidas<sup>16</sup>.

En la actualidad se han desarrollado modelos explicativos multidimensionales que abordan factores de riesgos y de protección interactuando a lo largo del ciclo vital.

### 3.4 MODELO ECOLÓGICO EXPLICATIVO DEL ACTO SUICIDA.

La OMS (2003) <sup>17</sup> en su informe mundial sobre violencia y salud considera el suicidio dentro de la violencia auto infringida la cual comprende el comportamiento suicida y las autolesiones.

Al considerar la violencia como resultante de la acción compleja de factores individuales, sociales, ambientales y culturales propone un modelo ecológico con la finalidad de comprender lo multidimensional y polifacético del fenómeno.

El modelo ecológico explora “la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento”<sup>18</sup>. Se adjunta esquema explicativo en Anexo 1 el cual consta de 4 niveles:

1. **Individual** el cual aborda los factores:

Biológicos: sexo, edad, trastornos de la personalidad, psicopatologías

Habilidades de afrontamiento.

Historia personal: antecedentes personales y familiares.

Nivel de instrucción.

2. **Relacional** indaga las relaciones sociales cercanas como pareja, familia y amigos.

Se valora contigencia familiar que posee o no el individuo.

3. **Nivel Comunitario** indaga círculo de contigencia comunitaria: contextos circunscriptos

en las relaciones sociales como vínculos en la vecindad o lugar de trabajo, servicios sociales, centros de la tercera edad, centros deportivos, sociedades de ayuda.

4. **Nivel Social:** inspecciona factores sociales más generales que determinan la estructura

general de la sociedad como por ejemplo tasas de violencia, normas culturales, políticas sanitarias, políticas educativas, pobreza, marginalidad, exclusión social.

El modelo ecológico aborda lo multidimensional del fenómeno indagando su etiología y se focaliza en poder diseñar estrategias de intervención y prevención oportunas, rescatando el abordaje interdisciplinario. Puede actuar en forma bidireccional.

### 3.5 MODELOS DE ENFERMERÍA PARA ABORDAR LA CONDUCTA SUICIDA.

*Enfermería: “Es un Instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida constructiva, productiva, personal y comunitaria”. Peplau H 1952.*

El Modelo de Enfermería propuesto por Peplau H (1950) <sup>19</sup>se basa en principios filosóficos y científicos en las teorías de interacción provenientes de Freud S, Maslow y Sillivan; describe los cuidados de enfermería desde la perspectiva interpersonal y le confiere al cuidado la acción de terapéutico alejándose de la orientación hacia la enfermedad y centrándose hacia lo psicológico.

Su énfasis es potenciar el aspecto relacional en enfermería considerando que el paciente y la enfermera están implicados en la relación estableciéndose un aprendizaje en conjunto.

Peplau H define a la persona como ser humano vive en una situación de equilibrio inestable; concibe a la salud como palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva , en referencia al entorno manifiesta la importancia de lo cultural como la forma de adquirir hábitos, gustos , costumbre y creencias , considera las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal.

Señala 4 etapas en la relación enfermero – paciente:

1. **Orientación:** o de iniciación en la que se toma contacto, se establece un contrato terapéutico, se enmarcan las entrevistas, el objetivo es identificar las necesidades insatisfechas del paciente.
2. **Identificación:** etapa en el cual enfermería identifica el problema a tratar y el enfermero estimula a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer las necesidades.
3. **Aprovechamiento:** se analiza los comportamientos no funcionales del paciente, la forma de afrontar y resolver los conflictos, se pueden re definir nuevos objetivos.
4. **Resolución.** Se finaliza la relación, se evalúa en forma conjunta la experiencia y el paciente se independiza de su identificación con el enfermero.

La autora describe seis funciones diferentes que desempeña Enfermería durante las fases de la relación:

- Desconocida o extraño: debido a no se conocen cuando se inicia la relación, es el enfermero quien clarifica los roles, ayuda a identificar los problemas y demarca las expectativas del vínculo. Basa la relación sin prejuzgar al paciente, enfatizando la aceptación.
- Persona a quien recurrir: siendo el enfermero quien responde sus preguntas específicas, explica al paciente sobre su tratamiento y plan de cuidados. Identifica que respuesta es adecuada para un avance constructivo.
- Docente: concentra en esta función una combinación de todas las funciones que describe, reconoce dos categorías de enseñanza: una instructiva surgida de la información que se le otorga al paciente y otra experiencial la cual se basa en los conocimientos que el paciente tiene para desarrollar el proceso de aprendizaje desde su propia experiencia.
- Liderazgo o conductor: se potencia al paciente a desarrollar las tareas que ayudan a satisfacer sus necesidades desde una participación activa y de cooperación a través de una actitud más directiva de orientación.
- Sustituto: las actitudes y conductas del enfermero generan en el paciente sentimientos que reactivan los generados en una relación anterior.
- Consejera o Asesorara: destaca esta función como la de mayor importancia dentro de la enfermería psiquiátrica, la función se desempeña a través de la forma en que enfermería responde a las demandas del paciente donde se utilizan diferentes técnicas; siendo el propósito de la técnica interpersonal que el paciente comprenda que es lo que ocurre en la situación actual para poder integrar esa experiencia a su vida.

### **3.6 CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL ADULTO MAYOR.**

Los desafíos que impone la tendencia demográfica en AL durante el S.XXI posicionan a Uruguay como el país más envejecido de la región debido a procesos que se han acrecentado en los últimos 50 años como: el descenso en la fecundidad y la mortalidad, el aumento de la expectativa de vida al nacer y el movimiento migratorio selectivo de edades jóvenes y adultas.

Según datos censales suministrados por el demógrafo Calvo J (2008) <sup>20</sup> los AM del 8,9 % pasan en estos últimos 30 años a ocupar el 13 % , pasando a ser con proyección al 2050 el 25 % de la población mundial transformando así la pirámide poblacional en casi un rectángulo propio de poblaciones muy envejecidas.

Uruguay consta con una población mayor a 60 años que abarca el 17 %; de los cuales un 13,4 % es mayor de 65 años datos obtenidos del censo 2004 fase 1.

Se considera AM a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados según acuerdo de OMS en Kiev (1979). En 1994 la Organización Panamericana de Salud (OPS) ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor.

El transitar hacia la vejez tiene características propias físicas, psicológicas, funcionales, económicas y sociales con importantes modificaciones de roles dentro de la familia y propias como el dejar de participar activamente en el ámbito laboral, requiere una reprogramación del el tiempo libre; todo esto inmerso en una auto percepción y la percepción que le otorga la sociedad a la vejez.

Analizada la vejez desde la perspectiva de una etapa más del ciclo vital cuyo criterio ordenador es la edad nos aproxima a la situación de que la vivencia de la vejez determinada por acontecimientos, conductas y vivencias de los individuos acontecidas en etapas previas. Se inserta ésta etapa como un proceso dentro de la vida del individuo signado por lo social, lo histórico dentro del contexto de la existencia que cada uno propició , incluyendo variables como la educación, el desempeño laboral anterior y la fertilidad entre otras.

En este contexto la vejez al igual que otras etapas de la vida tiene un conjunto de normas, expectativas y roles donde es la sociedad la que determina las pautas sociales de este ciclo; que tiene potenciales y restricciones que se resolverán según como haya transitado la vida.

Fernández Ballesteros R (1997) <sup>21</sup> considera la vejez como un estado en la vida y el envejecimiento como un proceso continuo sucedido a lo largo del ciclo vital, destacando una percepción social negativa hacia esta etapa donde se conjugan estereotipos formados colectivamente.

Este proceso de envejecimiento progresivo, universal e intrínseco conlleva a un declive de las funciones orgánicas y psicológicas con pérdida de capacidades sensoriales, cognitivas, situaciones conflictivas de jubilación, ida de hijos del hogar, padecimiento de enfermedades crónicas y cuando se transita se divisa mayor proximidad a la muerte.

Desde los paradigmas referentes a la concepción de vejez se destaca:

1. Desde la concepción de declive la teoría de Hery y Cumming (1961) consideran la desvinculación como un proceso normal en el cual al envejecer el individuo y el ambiente desarrollan un rechazo mutuo signado por el descenso de actividad, imposibilidad de aprender y un marcado desapego en los vínculos con una doble exclusión considerando una auto expulsión del individuo y de la sociedad.
2. Como reacción a este paradigma anterior surge la teoría de la actividad representado por Maddox (1973) vinculando la moral alta en la vejez a una intensa actividad social, fomentando la formación de grupos con preocupaciones o intereses comunes a fin de contribuir con una visión positiva hacia el futuro.

La vivencia de pérdida característica de envejecer según Salvareza L (2002) se adquiere en la infancia desde lo cultural transmitido por modelos parentales del constructo socio cultural con que define la etapa como un periodo de involución, retardo o pérdida de capacidades.

### 3.7 ADULTO MAYOR Y SUICIDIO.

Los AM son la franja etaria con mayor riesgo suicida, Pérez Barredo S (1996) <sup>22</sup> conceptualiza las peculiaridades del suicidio dadas en esta franja etaria por:

- realizan menos intentos de auto eliminación
- usan métodos más mortales
- reflejan menos señales de aviso,
- los actos son premeditados, pudiendo asumir frecuentemente formas de suicidio pasivas.

Se consideran con mayor riesgo a los AM que cursan una depresión, padecieron un intento previo de suicidio y los que tienen ideas suicidas.

Es por lo expuesto enfatizar la importancia de prevención frente al suicidio en esta franja etaria donde una identificación precoz hace factible una intervención oportuna hacia servicios especializados multidisciplinarios.

Es relevante considerar los mitos hacia el suicidio definidos por el autor como juicios aceptados por la sociedad los cuales carecen de fundamento científico generando un preconceito hacia el suicidio destacándose:

- quien se quiere matar no lo manifiesta
- quien lo dice no lo hace
- quien realiza un intento sólo quiere llamar la atención
- el suicidio es siempre imprevisto

Es necesario difundir dichos mitos a fin de poder a través de la evidencia científica educar a nivel social a fin de disminuir las dificultades que su creencia cultural dificulta a nivel preventivo.

#### **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la prevalencia de IS en AM afiliados de IAMC donde se realizó la investigación.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar la población de AM con IS afiliados a IAMC.
- Identificar la presencia de grupos de riesgo para sugerir medidas preventivas.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Estudio descriptivo de corte trasversal con enfoque cuanti – cualitativo.

### **LUGAR:**

Se realizó en una Institución del interior del Departamento de Colonia perteneciente a IAMC con 30.500 afiliados.

### **5.2 UNIVERSO DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

#### **Universo del estudio:**

Se conformó por todos los afiliados a IAMC perteneciente al Departamento de Colonia con edad igual y/o mayor a 65 años relevando 4929 AM.

#### **Selección de la muestra:**

Se realizó en forma probabilística mediante un muestreo aleatorio sistemático con reposición.

Se elaboró en planilla Excel con el número de registro institucional de los usuarios que conforman el universo, se ordenó en forma ascendente.

Se eligió un número entero al azar del 1 al 5 a partir del cual se comienza a seleccionar en forma sistemática por intervalos constantes de 14 hasta obtener la totalidad de la muestra con la finalidad de evitar sesgos de selección.

### 5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que no existen investigaciones previas se trabajará con un nivel de significación del 95 % estableciéndose un 10 % para muestreo de reposición.

$$\text{Fórmula}^{23}: n = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$$

1) Para Poblaciones mayores a 10.000:

n = tamaño deseado de la muestra.

z = desviación en relación a una distribución normal estándar. (1.96) con un nivel de confianza de 95 %.

p = proporción de la población objeto de estudio, que se estima tiene una característica determinada: úsese 50 por ciento 0.5.

$$q = 1.0 - p.$$

d = grado de precisión deseado 0.05.

$$\text{Cálculo } n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

2) En caso de Poblaciones menores a 10.000.

$$nf = \frac{n}{1+(n \div N)} = 384 \div [1 + (384 \div 10000)] = 356$$

Tamaño muestral = 356 participantes.

CALCULO DEL INTERVALO DE SELECCIÓN:

$$K = N / n$$

K = intervalo de selección

N = tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

$$K = 10000 \div 356 = 28,1$$

Resultado del cálculo: Tamaño del intervalo de selección es 28.

## 5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

AM afiliado de IAMC con edad cronológica  $\geq$  a 65 años que cumpla con los criterios de inclusión.

## 5.5 INSTRUMENTO A UTILIZAR.

Nombre: Escala de Ideación Suicida

Nombre original: Scale for Suicide Ideation (en adelante EIS). Se adjunta en Anexo 2.

Autores: Beck AT, Kovacs M y Weissman A (1979).

Tipo de instrumento: entrevista semi estructurada.

Población a ser aplicada: 17 años en adelante.

Instrumento elaborado en 1979 para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas.

Consta de 19 ítems; cada ítem se valora con una escala de likert de 3 puntos donde el 0 indica nulos o transitorios pensamientos suicidas en tanto que el 2 muestra pensamientos recurrentes, fuertes y persistentes entorno al suicidio.

La adaptación al castellano la presenta dividida en 4 apartados.

- Actitud hacia la vida y la muerte : ítems 1 a 5
- Características de la ideación o del deseo de muerte: ítems 6 al 11
- Proyecto del intento planeado: ítems 12 al 15
- Actualización de la tentativa: ítems 16 al 19

Si el usuario contesta "0" en los ítems 4 y 5 no deberán aplicarse los siguientes ítems, si la respuesta al ítems 4 o 5 es 1 o 2 el paciente se aplicara todos los ítems.

Correlación e interpretación: La puntuación de la escala oscila entre 0 y 38.

Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 indica riesgo suicida; a mayor puntuación aumenta la severidad del riesgo suicida.

Estudios realizados en España Fernández González C, Sáiz Martínez PA, González G, Portilla MP, González Seijo JC, Bobes García J (2000) <sup>24</sup> sitúan la puntuación media para ideación suicida en 11,6 puntos con un desvío estándar de 6,8.

## **5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Usuario lúcido que pueda responder la encuesta.
- Acepte participar de la investigación.

## **5.7 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN**

Se aplicó la EIS a usuarios que cumplieran con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado del usuario.

La aplicación la realizó personal preparado y calificado quien realizó las preguntas de la escala en forma individual y registró las respuestas.

Durante Octubre 2011 se implementó el estudio piloto con 30 usuarios con características semejantes a los de la muestra que no están incluidos en la misma; la finalidad fue someter a prueba el instrumento, las condiciones de aplicación, evaluar la comprensión de los ítems y estimar el tiempo de duración de la encuesta.

Del estudio piloto se corrigió la preferencia de que el AM no se encuentre en presencia del familiar para evitar sesgos en las respuestas.

Entre Noviembre y Diciembre se realizó el relevamiento la muestra se aplicó la EIS en la Consulta de Enfermería instrumentada para la realización del carnet del Adulto Mayor con una frecuencia diaria de 10 usuarios.

Se convocó a los usuarios según criterio de aleatorización por medio de Call Center.

Se aplicó en forma conjunta con el instrumento el formulario diseñado con variables socio demográfico para caracterización: edad, sexo, estado civil, procedencia, localidad, educación, participación en eventos y/o actividades de grupo, composición del núcleo familiar y referencia si siente que tiene o no apoyo familiar. Anexo 11.2

## 5.8 MATRIZ DE OPERATIVIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CLASIFICACIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<b>EDAD</b>	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Independiente	Cuantitativa continua	Años cumplidos	Número de años cumplidos	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>SEXO</b>	Sexo biológico de pertenencia	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica	Género según caracteres secundarios	Masculino Femenino	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación jurídica del individuo	Independiente	Cualitativa nominal	Situación conyugal actual del individuo	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>PROCEDENCIA</b>	Lugar de origen del usuario según zona rural o urbana	Independiente	Cualitativa Nominal dicotómica	Lugar donde reside en forma actual	Urbana Rural	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>LOCALIDAD</b>	Localidad donde reside en forma actual el usuario	Independiente	Cualitativa nominal	Cuidad donde reside en forma actual	Juan Lacaze Valdense Rosario Nueva Helvecia Florencio-Sánchez Miguelete Tarariras	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>EDUCACIÓN</b>	Programa educativo de mayor nivel completado dentro de los niveles educativos aprobados	Independiente	Cualitativa ordinal	Último año de curso aprobado	Primaria Secundaria Terciaria Otros	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CLASIFICACIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<b>PARTICIPA EN ACTIVIDAD Y/O GRUPOS</b>	Conjunto de actividades al cual asiste en forma voluntaria y sistemática con la finalidad de recreación.	Independiente	Cualitativa nominal	Concurre en forma periódica a actividades recreativas	No Si: *Recreativas Culturales *Religiosas *Club y/o Asociación de jubilados	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>NÚCLEO FAMILIAR</b>	Grupo de individuos con vínculos de parentesco adopción o matrimonio que conviven en la misma residencia.	Independiente	Cualitativa nominal	Grupo de personas que comparten la residencia donde convive.	-Vive solo -Con familiares directos -En otro núcleo familiar -En casa de salud/ hogar -Otros	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>SIENTE APOYO FAMILIAR</b>	Percepción del individuo de sentirse contenido por quienes constituyen su familia	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica	Percepción manifiesta por el individuo de sentirse o no contenido por quienes constituyen su núcleo familiar	No Si	Cuestionario para relevar datos sociodemográficos
<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	Presencia de pensamientos de terminar con su propia existencia	Dependiente	Cualitativa nominal dicotómica	Puntaje obtenido de aplicación de la escala IS.	Presente Ausente	Escala de Ideación Suicida de Beck

## 5.9 MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.

Fiabilidad: consistencia interna alta (Coeficiente alfa de Cronbach de 0.89- 0.96)

Para garantizar la validez interna se consideró

- Seleccionar la muestra aleatoriamente con el fin de reducir riesgos de selección
- Utilizar la escala validada al castellano
- Se evaluó el instrumento como adecuado para la unidad de análisis.
- Se estableció los criterios de inclusión pertinentes.
- Se valoró un lugar acorde para aplicar el Instrumento (Consulta de Enfermería a fin de evitar ruidos que interfieran).
- Para evitar los efectos mecánicos de la aplicación del instrumento se realizó prueba piloto

Para garantizar la validez externa

- Se calculó el tamaño adecuado de la muestra con la finalidad de poder generalizar a la población los resultados.

## **6. ÉTICA.**

La confidencialidad les se garantizó por medio del consentimiento libre e informado cumpliendo con la resolución N° 379/08 del MSP del Uruguay.

A) Se solicitó la participación voluntaria del usuario informando los fines de investigación elaborándose el consentimiento informado para ésta investigación. Anexo 11.4.

B) Se solicitó autorización Institucional para la realización de la investigación especificando los objetivos, el procedimiento para recabar la información y los fines de la misma. Anexo 11.4.

## 7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se ordenó y analizó los datos obtenidos de la aplicación de la EIS y las variables definidas para categorizar la muestra.

Se ejecutó para el análisis estadístico el programa informático SPSS versión 15 en español.

Siguiendo los conceptos de Hernández, Fernández y Baptista (2007) <sup>25</sup> se realizó:

- Análisis descriptivo por variable: distribución de frecuencias relativas porcentual, medidas de tendencia central en variables cuantitativas (media), medidas de variabilidad (rango y desviación estándar).
- Para la prueba de hipótesis se utilizó para el análisis de estadística inferencial
  1. Apelando como finalidad evaluar el grado de asociación entre dos variables categóricas se aplicó la prueba de  $\chi^2$ .
  2. Se estimó Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95 %.
  3. Para evaluar si dos grupos difieren significativamente respecto a sus medias se utilizó prueba t considerando como variable dependiente a IS.
  4. En caso de variables categóricas con tres o más categorías se estimó si los grupos difieren significativamente mediante el análisis de varianza (ANOVA) considerando como variable dependiente IS.

Se consideró una diferencia estadística significativa cuando  $p < 0,05$ .

Para la realización de gráficos se utilizó Open Office y Excel.

## 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

El rango de edad es de 65 a 93 años, con una media  $74,4 \pm 7,0$  años.

La muestra es mayoritariamente femenina, el 86 % de procedencia urbana y el 73 % tiene como nivel de instrucción educación primaria.

El 70 % no participa de actividades recreativas o grupos.

Según el estado civil un tercio es viudo, el 28 % manifiesta vivir solo.

El 14,6 % refieren no sentir apoyo familiar.

Se representan datos en tabla 3.

<b>TABLA 3 = Descripción de la muestra</b>		
N = 356		
	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>		
Ausente	259	72,8
Presente	97	27,2
<b>SEXO</b>		
Femenino	219	61,5
Masculino	137	38,5
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbana	306	86
Rural	50	14
<b>EDUCACIÓN</b>		
Primaria	262	73,6
Secundaria	41	11,6
Terciaria	24	6,7
Otros	29	8,1
<b>NÚCLEO FAMILIAR</b>		
Vive c/familiares directos	244	68,5
Vive solo	101	28,4
Otro núcleo familiar	6	1,7
Otros	5	1,4
<b>PARTICIPA ACTIVIDAD RECREATIVA</b>		
NO	249	69,9
SI	107	30,1
<b>SIENTE APOYO FAMILIAR</b>		
SI	304	85,4
NO	52	14,6

Fuente de datos:  
Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS

demográfico.

## **7.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO**

La aplicación del instrumento detectó una prevalencia de IS en el 27 % de la muestra.

EL puntaje de la aplicación del instrumento en la muestra oscilo entre 0 a 21.

La media de puntos para la presencia de IS fue de 14,7  $\pm$ 2,9 puntos; puntuación más alta que la media noticiada en estudios de referencia para el instrumento realizados en España.

## **DIMENSIÓN ACTITUD HACIA LA VIDA Y LA MUERTE**

Relevado en los ítems 1 a 5 de la escala.

- 1: Deseo de vivir: el 25 % manifiesta un deseo débil
- 2: Ganas de vivir/ morir: el 26 % refiere un deseo débil hacia la muerte
- 3: Razones para vivir/ morir: el 26 % releva un deseo igual hacia la vida y la muerte.
- 4: deseo de realizar un intento activo de suicidio el 25 % presenta un deseo débil.
- 5: Realización de un intento pasivo de suicidio: el 24 % manifiesta que dejaría su vida / muerte en manos del azar.

Los resultados obtenidos identifican en 97 AM IS positiva activa y/ o pasiva hacia el suicidio representando el 27 % de la muestra los cuales continúan la aplicación de la EIS.

## **DIMENSIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS Y DESEOS SUICIDAS.**

En relación a la dimensión temporal de duración de la ideación suicida el 43 % de la muestra presenta deseos por amplios períodos de tiempo.

Vinculada la IS a la frecuencia el 78 % manifiesta una ideación intermitente.

El 19 % de la muestra tiene una actitud de rechazo frente al pensamiento / deseo del intento.

Vinculada la IS a la sensación de poder controlar la acción el 80 % de la muestra refiere no tener seguridad de control.

En relación a los factores disuasorios del intento los cuales contemplan la familia, la religión, la posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento como la irreversibilidad; se divisa que la mitad de la muestra con IS presente no intentaría el suicidio a causa de un factor disuasivo y un 44 % considera tener cierta influencia.

## **DIMENSIÓN: CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DEL INTENTO.**

Evalúa la planificación del intento contemplado: el plan y su accesibilidad, oportunidad, sensación de capacidad para llevarlo a cabo, las expectativas y preparación actual para el intento contemplado.

En relación a la especificación y planificación del método el 82 % de la muestra con IS presente reveló haberlo considerado sin detalles y un 2 % con detalles calculados.

En los adultos mayores la planificación del intento constituye un elevado riesgo debido a la premeditación sustentado estos conceptos en la evidencia científica.

La mitad de la muestra consideró un método no accesible fácilmente ; esto vinculado a las diferentes categorizaciones de la idea suicida representan la idea de suicidarse sin un método específico , mientras que el 9 % evaluó un método y oportunidad accesible definiendo un mayor riesgo dado que posee la idea suicida planificada con un la realización de método mortal .

Sólo un cuarto de la muestra expresa no tener valor para llevar a cabo el suicidio, lo cual es un factor importante de riesgo dado que el resto de la muestra se expresa como con valor para realizar el acto.

## **DIMENSIÓN: REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO**

Explora la preparación real para el intento, la realización de notas suicidas, la existencia de preparativos finales ante la anticipación de la muerte (seguros, testamentos, donaciones) y la disposición de encubrimiento del intento contemplado.

En la muestra 33 adultos mayores tienen una preparación parcial como acumulación de psicofármacos y 2 AM tiene preparación completa.

Respecto a la realización de notas suicidas un 34 % comenzó pero no finalizó y un 2 % completó la nota suicida. Esto contemplado como la característica del acto suicida reportada por el MSP (2000) en la cual el 21 % dejo nota suicida se obtiene un elevado porcentaje de la muestra que denota preparación real.

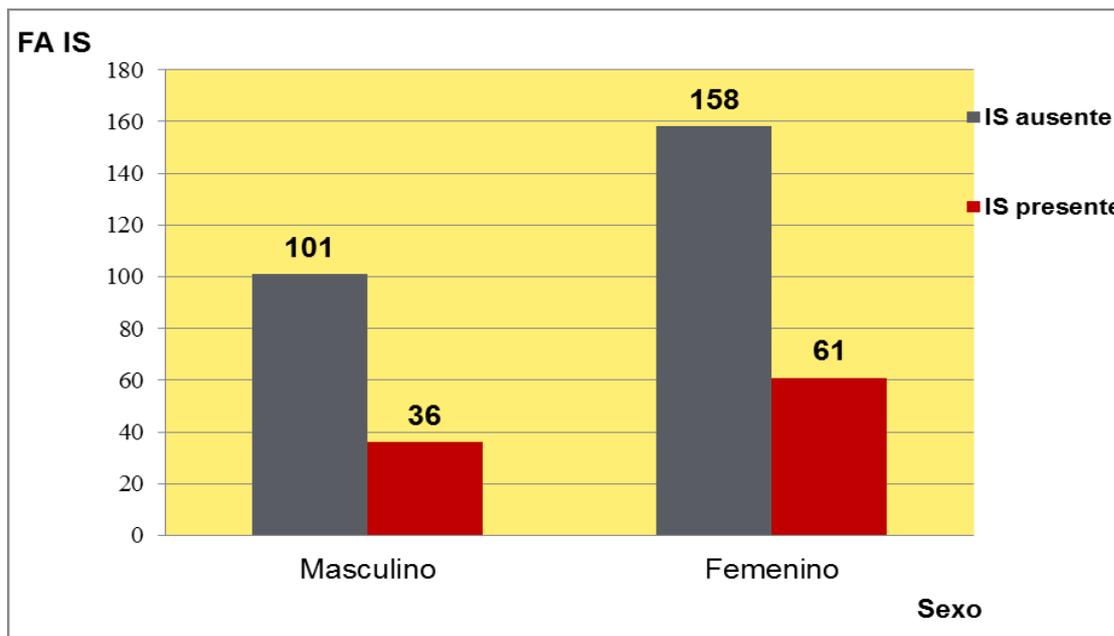
El 65 % de la muestra con IS presente tiene pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados como preparativo final ante la anticipación de la muerte concerniente a seguros, testamentos, donaciones.

### 7.3 ANÁLISIS BIVARIADO

Se analizan los resultados obtenidos de la aplicación de EIS según los datos del cuestionario socio demográfico.

#### GRÁFICO N° 1:

#### DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS DE IS SEGÚN SEXO.



N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

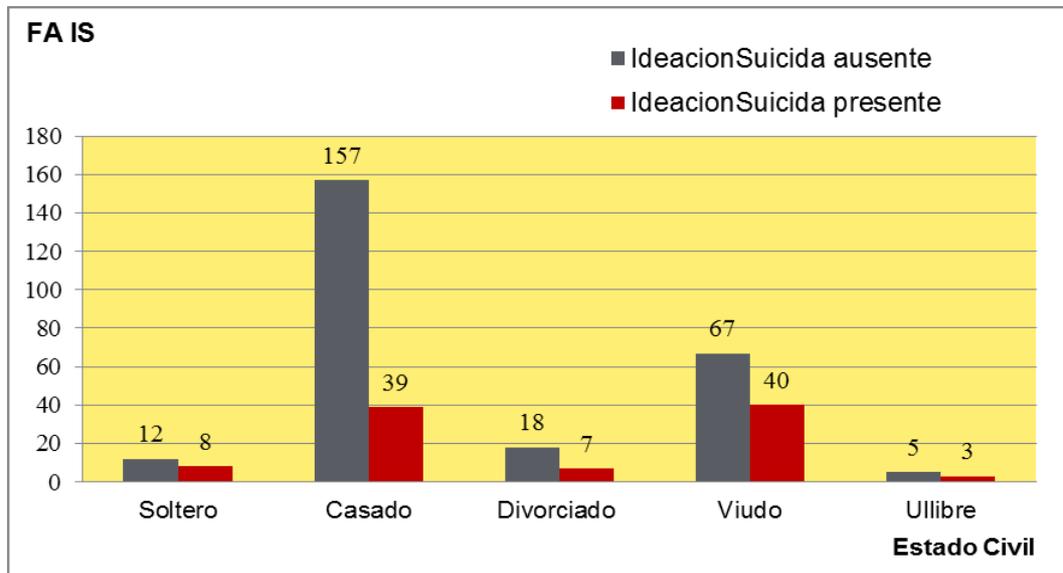
IAMC, Rosario, Noviembre - Diciembre 2011.

La prevalencia de IS según sexo fue mayoritariamente del sexo femenino en un 17 %.

La razón de IS presente según sexo fue 1,7 femenino sobre masculino.

## GRAFICO N° 2

### DISTRIBUCIÓN DE FA IS SEGÚN ESTADO CIVIL



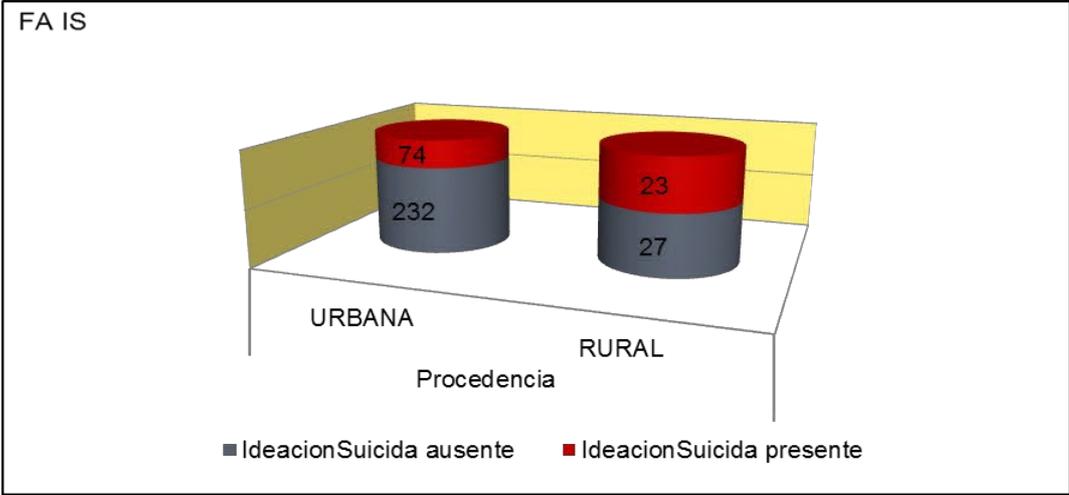
N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

La ideación suicida presente de la muestra del 27 % se distribuyó según estado civil:

- 11 % en viudos y en casado en cada categoría
- 2 % en solteros y divorciados en cada categoría
- 1% en unión libre

**GRAFICO N° 3**

**DISTRIBUCIÓN DE FA IS SEGÚN PROCEDENCIA**

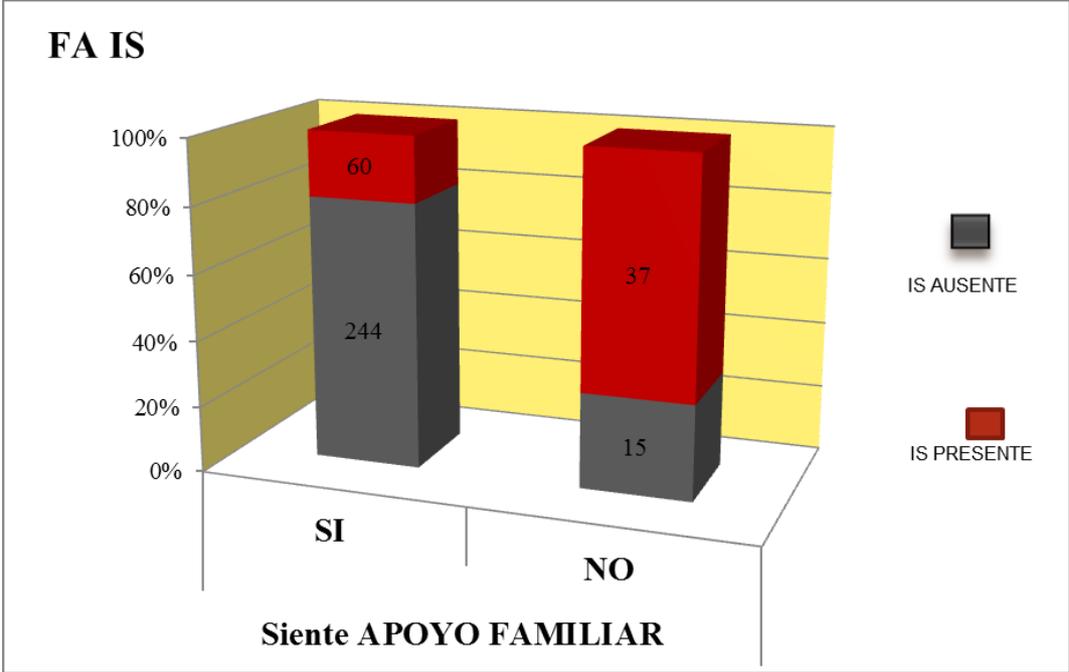


N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

De los 50 A M muestreados del área rural el 46 % fue positivo para IS.

**GRAFICO N° 4**

**DISTRIBUCIÓN DE FA IS SEGÚN SIENTE APOYO FAMILIAR**

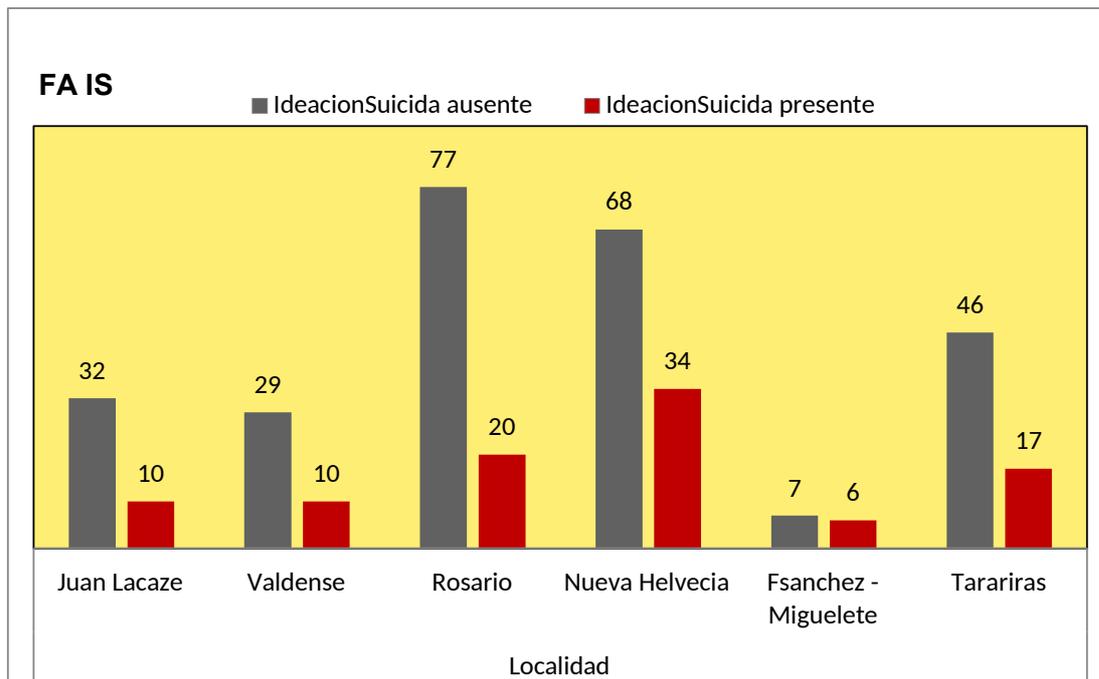


N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

Del 27 % de los AM detectados con IS presente , el 10 % refirió no sentir apoyo familiar.

## GRAFICO N° 5

### DISTRIBUCIÓN DE FA IS SEGÚN LOCALIDAD



N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

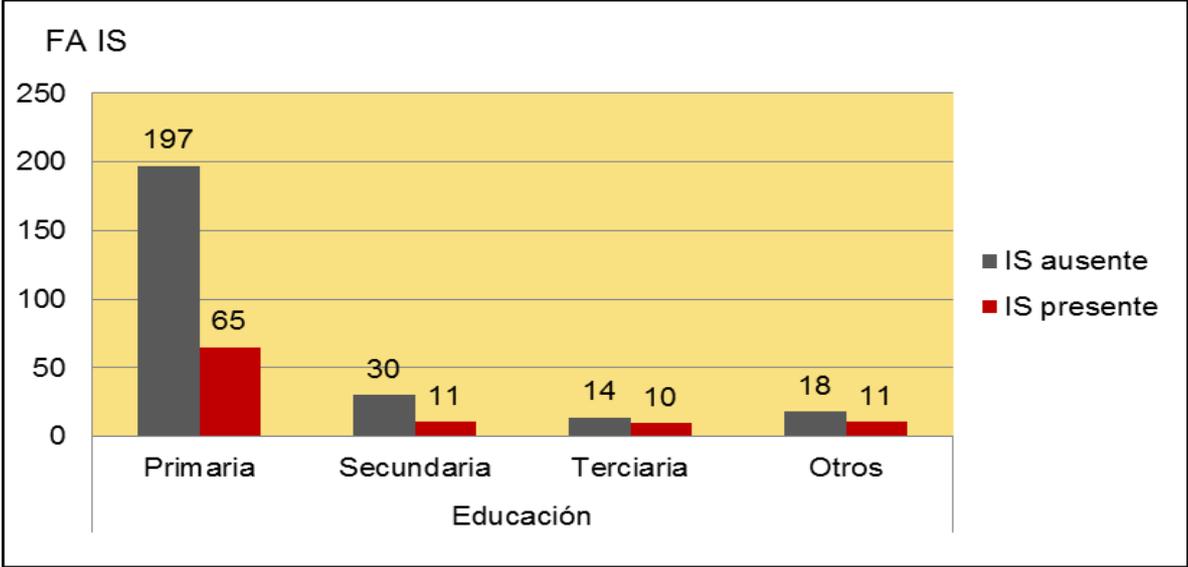
Las Frecuencias relativas porcentual prevalentes de IS fueron en las localidades de :

Nueva Helvecia con 9,6 %

Rosario con 5,6 %.

**GRAFICO N° 6.**

**DISTRIBUCIÓN DE FA IS SEGÚN EDUCACIÓN**



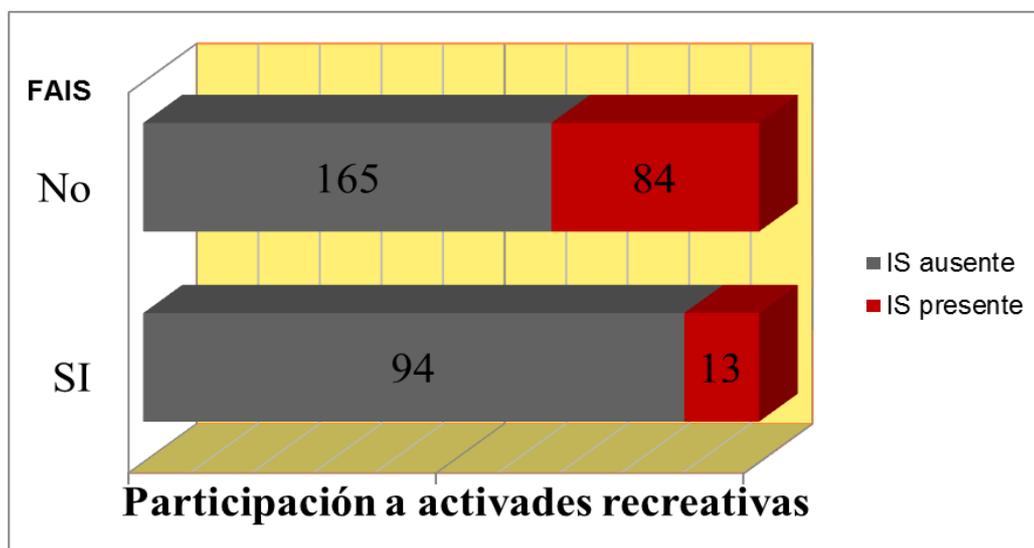
N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

El 55 % de la muestra fue de instrucción primaria y no presentó IS.

La IS más elevado fue detectada en el grupo de Instrucción terciara donde del 6,7 % de los muestreados pertenecientes a ese grupo el 2,8 % presentó IS.

## GRAFICO N° 7.

### DISTRIBUCIÓN DE FA IS SEGÚN PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O GRUPOS



N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

Del 27 % de la muestra que evidencia IS presente el 24 % no participa en actividades recreativas o grupos.

De los AM que realiza actividad recreativa su participación es:

8,1 % actividades recreativas culturales.

6,7 % actividades religiosas.

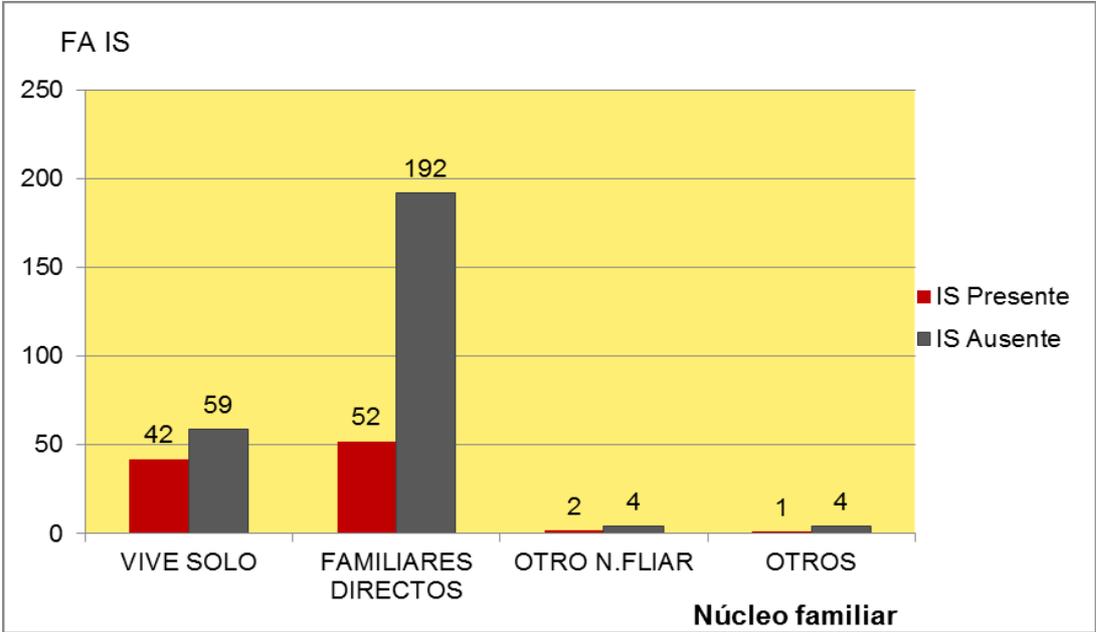
5,9 participa en club de jubilados.

5,3 % participa en más de una actividad.

3,9 % define su participación en otras actividades.

**GRAFICO N° 8**

**DISTRIBUCIÓN DE FA IS SEGÚN COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR**



N: 356. Fuente de datos: Aplicación de cuestionario socio demográfico y EIS IAMC, Departamento de Colonia; Noviembre - Diciembre 2011.

EL 68,5 % de la muestra vive con familiares directos en los cuales el 54 % no evidenció presencia de IS.

## 7.4 ANÁLISIS BIVARIADO ESTADÍSTICO

Para evaluar la asociación entre dos variables categóricas se aplicó  $\chi^2$  considerando como variable dependiente IS categorizada en ausente y presente.

En las tablas de contingencia de 2 x2 se calcula la fuerza de asociación mediante el OR con el IC del 95 %.

**Tabla 4. IS: Resultados aplicación  $\chi^2$  y OR**

	I. S. Odds ratio *	(IC 95 %)	$\chi^2$ (p)
SEXO	1,08	0,67- 1,75	0,75
ESTADO CIVIL			0,01
PROCEDENCIA	2,67	1,44- 4,93	0,01
LOCALIDAD			0,24
EDUCACIÓN			0,17
PARTICIPACIÓN A. O GRUPOS	3,68	1,95- 6,96	0,00
NÚCLEO FAMILIAR			0,02
SIENTE APOYO FAMILIAR	10	5,17-19,47	0,00

\* Sólo calculado para tablas de 2x 2. Fuente de datos: Aplicación de EIS y cuestionario socio demográfico.

Se obtiene significación estadística en las variables:

▣ Estado civil p= 0,01

▣ Procedencia p=0,01

▣ Participación en actividades recreativas o grupos p=0,00

▣ Núcleo familiar p=0,02

▣ Siente apoyo familiar p=0,00

## **ANÁLISIS DE VARIANZA.**

Se aplicó el análisis de la varianza para evaluar el grado de asociación o independencia entre la variable cuantitativa Ideación suicida en carácter de dependiente comparando las medias en los diferentes grupos establecidos por la variable categórica.

Se aplicó el estadístico paramétrico t de Student el cual siguiendo los conceptos de Hernández, Fernández y Baptista (2007) permite comparar si la media y la varianza de la variable cuantitativa IS difiere significativamente entre los grupos definidos por la variable categórica dicotómica analizada.

Las medias a comparar entre los grupos se definen como muestras independientes.

Para la aplicación del estadístico t Student se consideró los criterios de aplicación del test:

- La distribución de la variable cuantitativa IS debe ser según el criterio de normalidad en cada grupo comparado.
- Criterio de homocedasticidad para la aplicación de pruebas paramétricas.

Para la aplicación de variables con tres o más categorías consideradas como factor se realizó mediante el test de ANOVA.

Se obtiene significación estadística aplicando t de Student en las medias analizadas de las variables: procedencia, participación en actividad recreativa y siente apoyo familiar ( $p=0,00$ ).

De la aplicación del test de ANOVA se evidencia significación estadística en composición del núcleo familiar ( $p=0,00$ ); estado civil y actividad recreativa realizada ( $p=0,01$ ).

Se exploran las diferencias de medias inter grupo de las variables con significación estadística destacando en:

- Estado civil reporta diferencia significativa en el grupo de viudos ( $p=0,01$ )
- Actividad recreativa realizada se evidencia significación estadística en los grupos actividad religiosa 0,01 y más de una  $p=0,04$ .
- Núcleo familiar se evidencia en el grupo vive solo  $p=0,00$

Los resultados en estado civil de la muestra concuerdan con el perfil suicida descripto para Uruguay donde la tasa más alta se produce en viudos.

En relación a la actividad realizada: la integración social y en particular la práctica religiosa es un factor protector para el fenómeno suicida disminuyendo la tasa de suicidio 16 veces en los que participan de prácticas religiosas.

El vivir solo representa un importante factor de riesgo considerando que en el año 2000 el 4 % de los suicidios consumados vivían solos.

La edad categorizada según la media de la muestra en dos grupos de 65 a 75 y mayor a 75 y el sexo no obtuvieron significación estadística a diferencia de lo que evidenció el estudio epidemiológico MSP (2000) donde se eleva la tasa de suicidio en 75 años y más, y prevalencia de 3 a 1 entre hombres y mujeres respectivamente.

La representación por la localidad y el nivel de instrucción no obtuvieron diferencias significativas.

## 8. CONCLUSIONES

En el estudio se alcanzaron los objetivos de identificar la significancia estadística de IS en el AM cuyo rango etario se situó en 65 – 93 años Media fue de 74 +- 7 caracterizado por un 60 % F, procedente el 86 % del medio rural, con un nivel de instrucción primaria en el 70 %, un tercio de la muestra vive solo y el 14,6 % manifiesta no sentir apoyo familiar.

Los resultados obtenidos en la investigación identifican una prevalencia de IS en el 27 %, con una puntuación media de 14,7 +- 2,9 mayor a la relevada por la literatura referida en España Fernández González C, Sáiz Martínez PA, González G, Portilla MP, González Seijo JC, Bobes García J (2000).

El deseo de vivir de la población se sitúa en un 25 % de la N; el 43 % presento deseos suicidas por amplios períodos de tiempo y un 80 % no tiene seguridad de poder controlar la acción.

IS en el 50 % muestral no lo intentaría por contemplar un factor disuasivo (familia, religión, posibilidad de quedar lesionado); de 97 AM 26 lo harían para manipular el entorno. El entorno es apreciado por Peplau como influyente dentro de las condiciones generales que determinan la salud, donde Enfermería por medio del vínculo interpersonal identifica las necesidades insatisfechas, estimula a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad, analiza los comportamientos no funcionales del individuo y su medio a fin de comprender lo multidimensional del fenómeno suicida.

En el proyecto de Intento de suicidio el 82 % reveló haberlo considerado sin detalles, en la preparación del mismo 2 lo tienen acabado y 33 lo tienen parcialmente (acopio de psicofármacos), esto enmarca la ideación en diferentes niveles de presentación definidos por Pérez Barredo S en IS: sin método específico en el 82 %; con método indeterminado en el 16 % y IS planificada en el 2 %.

La participación en grupos presenta un OR 3,7 IC de 95 % 1,95 – 6,95 expresado por la recreación, donde se registra IS de 3,7 % en AM que realizan actividades y 23,6 % en los que no realizan.

El reporte sobre IS en relación al apoyo familiar fue muy significativo con un OR de 10; un 15 % de los muestreados manifestó no sentir apoyo familiar de los cuales el 10 % presento IS.

La familia se considera un factor protector en la medida que brinda confianza, control y continencia en el AM.

Destacando la recreación y apoyo familiar como un factor de protección que incide en la conducta suicida referido por Bertalote J, estos factores percibidos desde el equipo de Salud Mental conciben establecer medidas que den respuesta a las demandas de los individuos o grupos

Adherimos el análisis sobre el cuidado de Enfermería en Salud Mental expresada por Melía S (2005) <sup>26</sup> rescatando el cuidado como “un proceso terapéutico, interpersonal y educativo, que actúa sobre las potencialidades de cada persona, familia, grupo poblacional que transita una situación de salud- enfermedad”.

## 9. SUGERENCIAS.

La investigación expuesta y los resultados obtenidos permiten identificar a los AM con mayor riesgo dentro del fenómeno suicida y sustenta la necesidad de sugerir programas enfatizando medidas preventivas en nuestro entorno dirigidos a la coordinación de dispositivos de salud mental en el AM con el objetivo de establecer medidas de prevención primaria y promoción de salud:

■ En la comunidad tendientes a:

Educar a la población general a fin de desmitificar y minimizar el proceso suicida.

Sensibilizar a los medios de comunicación y aleccionar sobre el impacto que genera en la población la información emitida sobre el suicido.

Educar en centros que nuclea al AM como hogares y/o asociaciones a fin de para potenciar los factores protectores estimulando la participación del AM en actividades o grupos recreativos.

Formar agentes comunitarios especializados en el tema que generen redes con líderes comunitarios locales para instituciones públicas y privadas.

Sensibilizar por medio de la prensa local e informar las actividades que puede realizar (brindar información sobre lugares, horarios, referencias).

Educar a la población general a fin de desmitificar el proceso suicida.

Generar desde el dispositivo de salud mental un programa de atención y referencia para la atención de AM con IS: línea de atención las 24 horas a fin de brindar pautar a familiares y contener o de ser necesario intervenir en el proceso.

■ A nivel de Prevención secundaria :

Identificar de los AM en riesgo y tratamiento oportuno.

Educar al personal del primer nivel de la consulta de enfermería brindándole pautas para identificar en forma precoz el riesgo suicida, adiestrar en la aplicación de la EIS para poder individualizar e intervenir en la crisis.

Coordinar desde el dispositivo de Salud Mental y la Red de atención primaria para reducir los factores de riesgo y aumentar la captación de situaciones de riesgo.

En AM que se identificó riesgo suicida coordinar con el equipo de Salud Mental un plan de seguimiento acorde a su situación social (visita domiciliaria, control de riesgos en el entorno, seguimiento telefónico, internación).

■ Prevención terciaria: Minimizar daños y tratamiento oportuno.

En AM que presentan IS instaurar un plan de seguimiento, control de acceso a los medios por lo cual puede accionar su plan suicida, realizar la coordinación con el equipo de Salud Mental a fin de implementar las medidas pertinentes al riesgo evaluado.

Estimular la creación de grupos de apoyo para AM y familiares para brindar educación y continencia.

Enmarcar el trabajo institucional acorde a las políticas sanitarias nacionales sobre Prevención del Suicidio dado que desde 2006 está vigente en Uruguay la Ley de Prevención del Suicidio N° 18.097 declarando el 17 de Julio “ Día Nacional de Prevención del Suicidio”.

La identificación de la ideación permite detección del riesgo suicida en etapa precoz lo cual al intervenir eficazmente se puede lograr disminuir la morbi mortalidad del fenómeno suicida.

## 10. BIBLIOGRAFÍA.

---

<sup>1</sup>OMS. World report on health and violence. Geneve: OMS; 2002.

<sup>2</sup> OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Ginebra: OMS; 2004.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.

[Fecha de acceso 10 de Agosto 2010].

<sup>3</sup> OMS. Prevención del Suicidio. Estudio de Intervención Multicéntrico sobre comportamientos suicidas. SUPRE-MISS. Ginebra: OMS; 1999. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/supre\\_miss\\_protocol\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/supre_miss_protocol_spanish.pdf).

[Fecha de acceso 6 de Marzo 2011].

<sup>4</sup> Bertolote JM. Prevención y control de la conducta suicida. En: Rodríguez J. Salud Mental en la comunidad. 2a. ed. Washington: OPS; 2009. p. 285-295.

<sup>5</sup> Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev Med Uruguay. 1990; (6): 203-215.

<sup>6</sup> Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Unidad central de Salud Mental. Informe sobre suicidio en Uruguay. Montevideo: MSP; 2000. p. 188-191.

<sup>7</sup> Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. Rev Med Uruguay 2001; 17(1): 24-32.

<sup>8</sup> Montalbán A. El suicidio: la urgencia de un grave problema. Rev Med Uruguay 2004; 20(2): 91.

<sup>9</sup> Ginés A. El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(2): 129-150.

<sup>10</sup> MSP. Dirección general de la Salud. Departamento de programación estratégica en Salud. Programa Nacional de Salud Mental. Plan nacional de prevención del Suicidio. Líneas estratégicas para la prevención del suicidio. Montevideo: MSP; 2010. p. 5-7.

<sup>11</sup> Gómez PF, Malvárez S. Prevención de los trastornos mentales. En: Rodríguez J. Salud Mental en la comunidad. 2a ed. Washington: OPS/OMS; 2009. p. 187.

<sup>12</sup> Durkheim E. El suicidio. Buenos Aires: Ed. Libertador; 2009. p. 11.

<sup>13</sup> Perez Barredo SA. El suicidio comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2): 196-217.

<sup>14</sup> Durkheim E. El suicidio. Buenos Aires: Ed. Libertador; 2009. p. 299-300.

<sup>15</sup> Freud S. Traner und melancholie. Int Z Psychoanal 1917; 4(6): p. 288-301.

---

<sup>16</sup> Vallejo J, Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2a. ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 680.

<sup>17</sup> OPS/OMS. Informe mundial sobre violencia y la salud. Publicación científica y técnica. Washington: OMS; 2003. Disponible en: [http://www.mex.ops-ms.org/contenido/cd\\_violenzia/documentos/informemundial\\_completo.pdf](http://www.mex.ops-ms.org/contenido/cd_violenzia/documentos/informemundial_completo.pdf) [Fecha de acceso 15 de Marzo 2011].

<sup>18</sup> *Ibíd.*, p. 588.

<sup>19</sup> Peplau H E. Relaciones interpersonales de Enfermería: Un marco de referencia conceptual para la Enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.

<sup>20</sup> Rodríguez F, Rossel C. Panorama de la Vejez en Uruguay. Montevideo: Universidad Católica. IPES; 2009. p. 34-38.

<sup>21</sup> Fernández Ballesteros R. Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. Madrid: Unam; 1997.

<sup>22</sup> Pérez Barredo SA. El suicidio comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2):196-217.

<sup>23</sup> Fisher A, Laing J, Stoeckel J, Townsend J. Manual para el diseño de investigación operativa en planificación familiar. 2a. ed. México: The Population Council; 1991. p. 58-59.

<sup>24</sup> Fernández González C, Sáiz Martínez PA, González G, Portilla MP, González Seijo JC, Bobes García J. Tentativa suicida versus intención suicida: un estudio de las características diferenciales. ACEPSI Actas Esp Psiquiat 2000; 28(4): 224-230.

<sup>25</sup> Hernández R, Fernandez C, Batipsta P. Metodología de la Investigación. 4a. ed. México: McGraw-Hill; 2006. p. 460-462.

<sup>26</sup> Meliá S. (comp). Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del Libro. FEFMUR; 2005. p. 28.

---

Bobes JG, Portilla M, Bascarán M, Sáiz P, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría clínica. 3a. ed. Barcelona: Psiquiatría EditoresSL; 2004.

Caplan G. Principios de Psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós; 1996.

Dabas E. Redes el lenguaje de los vínculos. Buenos Aires: Paidós; 1995.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Saxena S, Saraceno. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(4/5): 229-40.

Mann J, Apter A, Bertolote J y col. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. JAMA 26 October 2005; 294(16): 2064-2074.

Malvárez S. Salud Mental y fin de Siglo. Documento de trabajo para proyecto Ibero-Americano de Promoción de la Salud Mental y Prevención del uso indebido de drogas. OPS: Córdoba; 1994.

Murguía D, Puppo Touriz H. Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el Departamento de Montevideo. Rev Psiquiatr Urug 1968; 33(197): 3-17.

Nightingale F. Notas sobre Enfermería: qué es y que no es. Barcelona: Salvat; 1990.

Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós; 2002.

Sarró B, De la Cruz C. Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca; 1991.

Tellez J, Forero J. Suicidio. Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio; 2006.

---

## 11. ANEXOS

### 11.1.

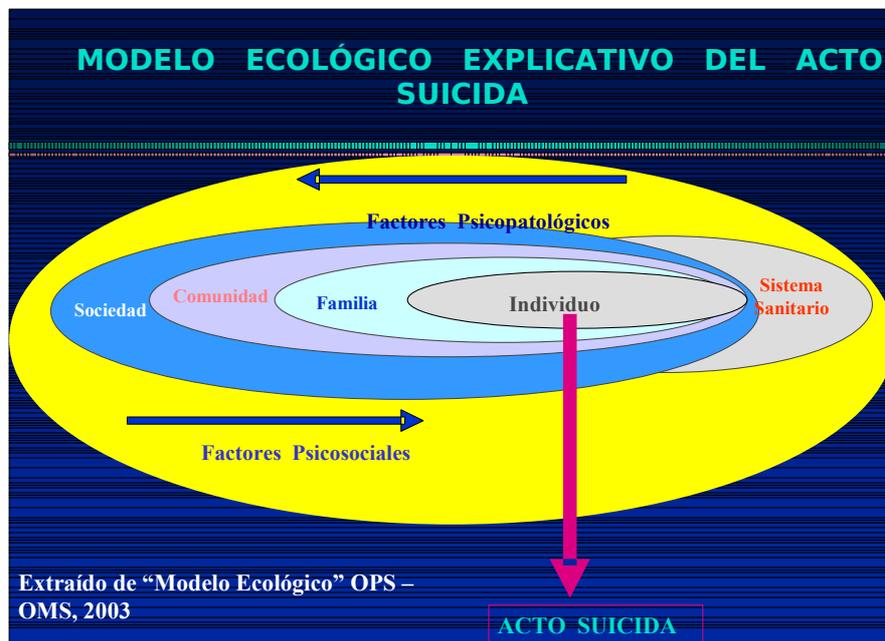
### ANEXO 1.

#### MODELO ECOLÓGICO EXPLICATIVO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Fuente:

OPS/OMS. Informe mundial sobre violencia y la salud. Publicación científica y técnica N° 588. Washington D.C. 2003. Disponible en: [http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd\\_violencia/documentos/informemundial\\_completo.pdf](http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd_violencia/documentos/informemundial_completo.pdf)

Consultado 15 / 03/ 2011.



---

**11.2****ANEXO 2  
CUESTIONARIO PARA RELEVAR DATOS SOCIO- DEMOGRAFICOS.**

N° Cuestionario \_\_\_\_\_

1) N° Registro \_\_\_\_\_

2) Edad \_\_\_\_\_ años

3) Sexo Masculino  Femenino 4) Estado Civil Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unión Libre 5) Procedencia Urbana  Rural  6) Localidad Juan Lacaze  Valdense  Rosario  Nueva Helvecia   
Florencio Sánchez  Miguelete  Taras 7) Educación Primaria  Secundaria  Terciaria  Otros \_\_\_\_\_8) Participa en actividades y /o grupos SI NO  

En caso de respuesta SI especifique :

Recreativas / culturales  Religiosas  Club/ asociación de jubilados 

Otras \_\_\_\_\_

9) Núcleo Familiar Vive solo  con familiares directos  otro núcleo familiar   
en casa de salud u hogar  otros \_\_\_\_\_10) Siente que tiene apoyo familiar SI NO

## 6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/plantificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

- 14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
  - 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
  - 1. Inseguridad sobre su valor
  - 2. Seguros de su valor, capacidad
- 15. *Expectativas/espera del intento actual*
  - 0. No
  - 1. Incierto
  - 2. Sí
- 16. *Preparación actual para el intento contemplado*
  - 0. Ninguna
  - 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
  - 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
- 17. *Nota suicida*
  - 0. Ninguna
  - 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
  - 2. Nota terminada
- 18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
  - 0. Ninguno
  - 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
  - 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
- 19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
  - 0. Reveló las ideas abiertamente
  - 1. Frenó lo que estaba expresando
  - 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:****“ IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTO MAYOR”**

A Usted se le está invitando a participar en forma libre y voluntaria en la Investigación en Enfermería cuyo objetivo es conocer la prevalencia de Ideación Suicida en Adultos Mayores afiliados a IAMC.

Dando cumplimiento al Decreto de Ley N° 378/08 del Ministerio de Salud Pública de Uruguay se solicita a Ud. el consentimiento informado para su participación.

Por este medio manifiesto:

■ He recibo 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 pensamiento;
- 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 /la 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 \_\_\_\_\_

MARIELA BALBUENA CP 62773  
Investigador Responsable

DOCUMENTO CON COPIA PARA EL PARTICIPANTE.

## CONSENTIMIENTO DE AVAL INSTITUCIONAL



COOPERATIVA ASISTENCIAL MEDICA DEL ESTE DE COLONIA  
SEDE CENTRAL: ITUZAINGÓ Y BOLIVAR - ROSARIO - ☎ 22964 al 68  
ADMINISTRACIÓN: ☎ 22702 - FAX: 055 22702

ROSARIO, 11 de Noviembre 2012.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
PLAN MAESTRÍA

PRESENTE

Por este medio se expresa la autorización Institucional de CAMEC a la Lic. Mariela Balbuena para recabar los datos pertinentes a fin de realizar la tesis de Maestría en orientación Salud Mental titulada "Ideación Suicida en Adulto Mayor".

Los mismos podrán ser presentados con fines académicos ante la Universidad de la República a fin de culminar dicha tesis.

Saludos cordiales

.....  
Dr. Ruben Orozco  
Director Técnico Sanatorial.

DR. RUBEN OROZCO  
DIRECTOR TÉCNICO  
CAMEC

Juan L. Lacaze - Tarariras - Rosario - Nueva Helvecia - Colonia Valdense - Colonia Miguelete - Florencio Sánchez

## 11.5

## ANEXO 5.

## RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

## TABLAS DE FRECUENCIA POR VARIABLES DE LA MUESTRA

Tabla 1. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Masculino	137	38,5
	Femenino	219	61,5
	Total	356	100,0

Tabla 2. Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltero	20	5,6
	Casado	196	55,1
	Divorciado	25	7,0
	Viudo	107	30,1
	Unión Libre	8	2,2
	Total	356	100,0

Tabla 3. Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	URBANA	306	86,0
	RURAL	50	14,0
	Total	356	100,0

Tabla 4. Localidad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Juan Lacaze	42	11,8
	Valdense	39	11,0
	Rosario	97	27,2
	Nueva Helvecia	102	28,7
	Florencio Sánchez -Miguelete	13	3,7
	Tarariras	63	17,7
	Total	356	100,0

Tabla 5. Educación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primaria	262	73,6
	Secundaria	41	11,5
	Terciaria	24	6,7
	Otros	29	8,1
	Total	356	100,0

Tabla 6. Participación en Actividades y/o Grupos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	107	30,1
	No	249	69,9
	Total	356	100,0

Tabla 7. Núcleo Familiar

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Vive solo	101	28,4
	Familiares .directos	244	68,5
	otro Núcleo Familiar	6	1,7
	otros	5	1,4
	Total	356	100,0

Tabla 8. Siente Apoyo Familiar

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	304	85,4
	NO	52	14,6
	Total	356	100,0

Tabla 9. Ideación Suicida

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	259	72,8
	Presente	97	27,2
	Total	356	100,0

Tabla 10- Participación en Actividades Recreativas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Recreativa -cultural	29	27,1
	Religiosa	24	22,4
	Club / Asociación jubilados	21	19,6
	Otras	14	13,1
	Más de 1	19	17,8
	Total	107	100,0

**Estadísticos: Media, desviación típica, recorrido variable EDAD.**

Tabla 11. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	356	65	93	74,43	7,032
N válido (según lista)	356				

**Estadísticos: Media, desviación típica, recorrido de I.S Presente.**

Tabla 12. Ideación Suicida Presente

N	Válidos	97
	Perdidos	0
Media		14,68
Desv. típ.		2,852
Mínimo		8
Máximo		21

Tabla 13. Total Puntos Escala con I.S. Presente

PUNTOS		FA	Porcentaje
Válidos	8	1	1,0
	10	6	6,2
	11	4	4,1
	12	7	7,2
	13	17	17,5
	14	18	18,6
	15	11	11,3
	16	12	12,4
	17	3	3,1
	18	7	7,2
	19	3	3,1
	20	4	4,1
	21	4	4,1
	Total	97	100,0

---

**11.6****ANEXO 6****RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE EIS****I. DIMENSIÓN:****CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA Y LA MUERTE.****Tabla 1: DESEO DE VIVIR**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Moderado a fuerte	261	73,3
	Débil	90	25,3
	Ninguno	5	1,4
	Total	356	100,0

**Tabla 2: DESEO DE MORIR**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	262	73,6
	Débil	92	25,8
	Moderado a fuerte	2	,6
	Total	356	100,0

**Tabla 3 -RAZONES PARA VIVIR/MORIR**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Las razones para vivir son superiores a las de morir	262	73,6
	Igual	93	26,1
	Las razones para morir son superiores a las de vivir	1	,3
	Total	356	100,0

---

**Tabla 4 - DESEO DE REALIZAR UN INTENTO ACTIVO DE SUICIDIO.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	266	74,7
	Débil	88	24,7
	Moderado a intenso	1	,3
	No aplica	1	,3
	Total	356	100,0

**Tabla 5 - INTENTO PASIVO DE SUICIDIO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tomaría precauciones para salvar su vida	269	75,6
	Dejaría su vida / muerte en manos del azar	86	24,2
	Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener la vida	1	,3
	Total	356	100,0

---

## II: DIMENSIÓN:

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS

**Tabla 6- Dimensión temporal: Duración.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Breve, períodos pasajeros	54	55,7
	Períodos más largo	42	43,3
	Continuo, casi crónico	1	1,0
	Total	97	100,0

**Tabla 7- Dimensión temporal: frecuencia**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Rara, ocasional	18	18,5
	Intermitente	76	78,4
	Persistente o continuo	3	3,1
	Total	97	100,0

**Tabla 8 - Actitud sobre el pensamiento / deseo.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Rechazo	22	22,7
	Ambivalencia.	73	75,2
	Acepta	2	2,1
	Total	97	100,0

---

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

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tiene sensación de control	16	16,5
	No tiene seguridad de control	78	80,4
	No tiene sensación de control	3	3,1
	Total	97	100,0

**Tabla 10 - Factores disuasorios del Intento activo.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Algo lo detiene	52	53,6
	Duda	43	44,3
	Influencia mínima	2	2,1
	Total	97	100,0

**Tabla 11 - Razones de realizar el proyecto de intento.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Manipular el medio , atraer atención, venganza	26	26,8
	Combinación de ambas	65	67,0
	Escapar, acabar, resolver problemas	6	6,2
	Total	97	100,0

---

### III. DIMENSIÓN

#### CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

##### 12 - MÉTODO: especificación / plan.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No las ha considerado	15	15,5
	Los ha considerado pero sin detalles específicos	80	82,4
	Los detalles están especificados / bien formulados	2	2,1
	Total	97	100,0

##### 13- Método: accesibilidad /oportunidad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Método no disponible; no oportuno	41	42,3
	No accesible fácilmente	47	48,4
	Método y oportunidad accesible	9	9,3
	Total	97	100,0

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

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No tiene coraje, temeroso	25	25,7
	Inseguro	70	72,2
	Seguro de su coraje	2	2,1
	Total	97	100,0

---

### 15 - Expectativas /anticipación de un intento real

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	19	19,6
	Incierto	77	79,4
	Si	1	1,0
	Total	97	100,0

## IV: DIMENSIÓN

### REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

#### 16 - Preparación real

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguna	62	63,9
	Parcial	33	34,0
	Completa	2	2,1
	Total	97	100,0

#### 17 - Notas acerca del suicidio.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No escribió ninguna nota	62	63,9
	Empezó pero no completó	33	34,0
	Completada	2	2,1
	Total	97	100,0

---

## 18- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte.

(Seguros, testamento, donaciones)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	33	34,0
	Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados	63	65,0
	Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado	1	1,0
	Total	97	100,0

## 19 - Engaño / encubrimiento del intento proyectado

(Comunicación de la idea)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Reveló estas ideas abiertamente	3	3,1
	Revela ideas con reserva	93	95,9
	Encubre	1	1,0
	Total	97	100,0