

EL SUICIDIO EN ANCIANOS

Prevención e intervención psicológica

(Conferencia en CASC: 10/09/13, con ocasión de la celebración de las V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio)

El suicidio es un tema del que se habla poco, ha devenido un tanto tabú, causa vergüenza a los allegados, nos interpela y constituye un reto para los profesionales del mundo socio sanitario. De todos modos, el suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Tanto las conductas suicidas como el suicidio consumado representan un importante problema de Salud Pública en todo el mundo. Por ello, es importante conocer sus factores determinantes, centrándonos nosotros en esta charla en los referidos a los ancianos.

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo.

Es preciso señalar, de entrada, que “el suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales”.¹

Desde un punto de vista asistencial, es necesario subrayar la importancia de una atención a la persona anciana **en su globalidad**, que permita **detectar los primeros síntomas** de una eventual depresión.

Distinguimos:

- Simulación suicida: Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.
- Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que un residente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la persona, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.
- El parasuicidio: Conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico.

Cada año 10 millones de personas realizan algún tipo de conducta autolítica.

Cada vez más frecuente en la edad avanzada.

España 3.393 muertes por suicidio, 1445 eran mayores de 60 años (año 2000).

En el anciano el Trastorno Depresivo Mayor es el diagnóstico más frecuentemente asociado a la conducta suicida

El 15% de los ancianos con un cuadro depresivo consuma el suicidio

- *Plan Europeo para la prevención del suicidio*: “El seguimiento estrecho de las depresiones es eficaz para prevenir hasta un 30% los intentos de suicidio”.

¹ LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. RECURSOS PARA CONSEJEROS. OMS 2006

- “Suicidio silencioso”: Intención enmascarada de provocarse la muerte por medio de métodos no violentos, generalmente mediante el abandono de la satisfacción de necesidades básicas (comer, beber, dormir...) o mediante el incumplimiento de tratamientos médicos esenciales.

Creencias erróneas sobre el suicidio

- El suicidio se verifica sin señales de aviso. No es verdad, la persona muestra señales verbales y no verbales de su intención
- Aquellos que hablan del suicidio no lo llevan a cabo. No es cierto, aproximadamente el 75% de los que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, y de cada 10 personas que lo hicieron, 9 dieron aviso de lo que ocurriría o habían hablado de ello.
- Introducir el tema del suicidio hace nacer en las personas la idea de cometerlo. No es verdad; se ha comprobado que hablar del tema reduce el riesgo, y puede ser la primera posibilidad, quizá irrepetible, de iniciar su prevención.
- Aquellos que intentan el suicidio tratan simplemente de llamar la atención. Sería una simplificación y una imprudencia suponer esta intención por principio.
- La mejor respuesta a una persona que amenaza con suicidarse es decirle: “Pues hazlo”. Nunca debemos decirle esto.
- Todo el que se suicida está deprimido. No es verdad, puede ser un individuo con un trastorno mental, como una esquizofrenia, un trastorno de la personalidad, entre otros.
- El suicidio se hereda. Esto no es cierto. Lo que sí se hereda es la predisposición a padecer ciertas enfermedades en las que éste puede ocurrir (esquizofrenia, trastornos afectivos) o que la persona se sienta impelido a imitar dicho comportamiento suicida.
- El suicidio sucede por impulso, no se puede prevenir. No es cierto: podemos identificar y abordar en su caso los factores y conductas de riesgo suicida. Cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.

Rasgos distintivos del suicidio en personas mayores

Los mayores...

- ✓ Realizan menos intentos de autolesiones.
- ✓ Usan métodos letales.
- ✓ Muestran menos señales de aviso.
- ✓ Dichos actos son premeditados, reflexivos.
- ✓ Pueden adquirir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

Factores de riesgo del suicidio en personas mayores

Los agrupamos en: factores médicos, factores psiquiátricos, factores psicológicos, factores del entorno familiar y factores socio – ambientales.

I) Factores médicos:

- Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes.
- La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
- Padecer enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias, Parkinson, entre otras.

II) Factores psiquiátricos:

- Depresión.
- Trastorno bipolar.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Trastornos crónicos del sueño.
- Psicosis delirantes paranoides, con gran desconfianza y agitación.
- Confusión mental.
- Ciertos trastornos de la personalidad.

La asociación entre depresión y suicidio está bien documentada. Es el principal factor de riesgo. En el anciano se presenta de forma atípica en muchas ocasiones, en un complejo contexto médico y psicosocial. Esto hace que no sea siempre fácil de diagnosticar. A menudo, la depresión en los ancianos está infradiagnosticada e infratratada, en parte por la creencia de que es normal en ellos estar deprimidos. Esto se relaciona en parte por la forma atípica de presentarse en los ancianos, como, por ejemplo, irritabilidad o los síntomas referidos a menudo como molestias inespecíficas o como quejas físicas difíciles de definir, pero no directamente como “síntomas” depresivos.

A la hora de detectar la depresión en ancianos, y como estrategia de prevención del suicidio, debemos estar atentos a datos más específicos en la forma de presentación de la depresión en la etapa geriátrica: más quejas somáticas, apatía, vivencias de soledad y desesperanza, y sin embargo, una menor verbalización de tristeza vital como tal.

Diversos estudios han señalado que la existencia de sentimientos de desesperanza aumenta de forma significativa el riesgo de consumar el suicidio.²

² *PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA*, pp. 450-451, BRUCE ET AL, 2004.

III) Factores psicológicos:

- Duelo/s reciente/s. Sobre todo el primer año.
- Sentimientos de soledad e inutilidad.
- Inactividad.
- Aburrimiento.
- Falta de proyectos vitales.
- Tendencia a revivir el pasado.
- El deseo de morir o el sentimiento de que la vida no merece la pena son normales entre los ancianos, sobre todo si viven aislados y enfermos.
- Carencia de relaciones sociales satisfactorias.

IV) Factores familiares:

- Pérdida de seres queridos (por fallecimiento, pero también por ausencia de contacto debido a distanciamiento afectivo o disensiones y problemas en el pasado, en especial tratándose de hijos).
- El abuelo “pin-pon” es otra condición de riesgo suicida y se produce con la migración forzada del anciano (le “rotan” entre los familiares).
- El ingreso en un centro residencial en su etapa de adaptación (primeras semanas) puede reactivar situaciones de desamparo previas que precipiten un acto autodestructivo. Así mismo, las transferencias intrainstitucionales.
- Acontecimientos traumáticos sufridos en la infancia (muerte de uno o de ambos progenitores, la precoz separación o divorcio de estos).
- Estado civil célibe, separado o viudo
- La falta de hijos
- Gran parte de la vida transcurrida en soledad
- Penosa situación económica
- Presencia en la familia del anciano suicida de una o más personas con graves problemas psíquicos.

V) Factores socio-ambientales:

El grado de heterogeneidad de las residencias en España es enorme, pero podríamos establecer que todas ellas deberían tener unos objetivos comunes:

- Mejorar la situación funcional de los residentes.
- Mejorar su autonomía.
- Mantener la dignidad de la persona y mejorar la calidad de su vida

Por tanto, es preferible poner mayor énfasis en la calidad de vida que en la mera prolongación de la misma. “El viejo lema: “añadir vida a los años” continúa en plena vigencia. Para conseguirlo deben cubrirse, además de las necesidades básicas de los residentes, las necesidades sanitarias, psicosociales y cognitivas y emocionales”.³

Lo dicho antes nos debe hacer pensar en la importancia que tiene el (buen) trabajo interdisciplinar, de manera que podamos, en las instituciones geriátricas, abordar problemáticas como la del riesgo de suicidio y factores asociados al mismo, con mayores garantías de efectividad y eficiencia.

Esta complejidad del origen del sentimiento suicida también se nos presenta a la hora de tratar de detectarlo en la población diana y por ello es importante destacar los factores precipitantes más implicados.

- Los dos factores de riesgo suicida más significativos son: el trastorno psiquiátrico (especialmente los Trastornos depresivos en ancianos) y el antecedente de haber realizado previamente un Intento de suicidio. Por ello, siempre es necesario preguntar sobre los antecedentes suicidas, sin temor a que con ello se provoquen las ideas o planes autolíticos y el correcto tratamiento farmacológico del trastorno psiquiátrico.
- La detección de la ideación suicida es la intervención más eficaz. «El que lo dice es el que lo hace», así lo demuestran las autopsias psicológicas de los suicidas consumados, donde el 80% de los pacientes que consumaron el suicidio había comentado sus intenciones previamente a algún miembro de su entorno socio-familiar. Dentro de la población anciana debe extremarse la valoración de la ideación suicida, porque los ancianos comunican menos sus intenciones que los jóvenes y también hacen menos intentos suicidas que éstos.⁴

³ PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA/ MASSON/ VVAA, 2006

⁴ "LA IDEACIÓN SUICIDA SE COMPONE DE UNA SERIE DE ACTITUDES, PLANES Y CONDUCTAS POSIBLEMENTE RELACIONADOS CON LOS PACIENTES CON IDEAS DE SUICIDIO QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADOS CON OTROS TRASTORNOS; SIN EMBARGO, LA IDEACIÓN SUICIDA NO ES UNA CONSTRUCCIÓN UNITARIA Y SUS DIMENSIONES REPRESENTAN DISTINTOS PATRONES DE PENSAMIENTO Y DE CONDUCTA, PERO QUE ESTÁN INTERRELACIONADOS" (BECK, KOVACS, WEISSMAN, 1979).

Depresión y Demencia.

Es difícil detectar depresión mayor en pacientes con demencia. Esto puede deberse a la pérdida de facultades para la expresión de la afectividad del paciente, a la confusión por similitud de síntomas afectivos con cognitivos, o a la propia presentación, con frecuencia larvada, de la depresión en estos enfermos. Efectivamente, los síntomas encontrados de forma más habitual son: desinterés, disforia, retraso psicomotor. En **casos leves** de demencia es más fácil encontrar disforia, anorexia, sentimientos de culpa o incluso ideación suicida; por el contrario, **En casos más graves**, los síntomas son más del tipo de desinterés, lentitud psicomotriz o alteraciones de la concentración..

Depresión y Demencia. Signos para detectarla:

Apariencia triste
Agitación diurna
Lentitud en el lenguaje
Retraso psicomotor
Pérdida de apetito
Despertar temprano
Variación diurna del humor
Demanda excesiva de atención
Auto agresiones
Gritos con contenido depresivo

Los casos de depresión mayor sólo ocurren en un **10% de pacientes con enfermedad de Alzheimer**, o en un **30% con demencia vascular**. En cualquier caso, la presencia de síntomas depresivos es más habitual en los distintos tipos de demencia que la de depresión sindrómica.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

(Síntesis del Protocolo de Riesgo de Suicidio vigente en el Centro San Camilo. Aquí no se incluyen, pero el Protocolo que sigue va acompañado de diversos Anexos, como Hjas de registro, Cuestionarios y/o escalas de evaluación, etc.))

Pautas de actuación. Detectar:

- A. 1. Valoración del riesgo suicida.** (Medicina –MD-; Psicología –PS- y Trabajo Social –TS-). Explorar factores de riesgo y sopesarlos.
- Presencia de una enfermedad depresiva. Antecedentes de intentos suicidas.
 - Pérdidas afectivas y de autonomía, o cambio de estatus social.
 - Situaciones que lleven al aislamiento y desarraigo social.
 - Enfermedad médica crónica, dolorosa o invalidante, (según la autopercepción del anciano). Son los «suicidios balance», mediatizados por la lucidez de la desesperanza en ancianos sin antecedentes psiquiátricos o suicidas.
 - Consumo de fármacos que tengan acción depresora, ansiógena o desinhibidora.
 - Evaluación psicológica (sintomatología cognitiva y emocional). Instrumentos de evaluación psicológica, “Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE”, “Escala de desesperanza” (EDB, A. Beck); Cuestionario (Mini Mental) MMSE.

- Evaluación del entorno social de procedencia (familiar y social), detectando posibles situaciones de desarraigo, soledad o cambios vitales (traslado/s a instituciones residenciales -incluido el nuestro- y su impacto en el anciano,

A. 2. Tratamiento. (Medicina, Psiquiatría y Psicología): Detectar patología psiquiátrica subyacente, con especial atención a la evaluación y manejo de la depresión.

- Empleo de tratamientos farmacológicos antidepresivos eficaces y seguros, principalmente los Inhibidores selectivos de la Recaptación de la Serotonina.
- El tratamiento médico –en la propia residencia- debe estar adecuadamente combinado con el tratamiento ambulatorio psiquiátrico, teniendo en cuenta la situación vital del anciano.
- El abordaje psicoterapéutico estará encaminado a la disminución –en número e intensidad- de los síntomas depresivos, así como al abordaje de aquellos sesgos y pensamientos cognitivo que están a la base de la disforia y del pobre funcionamiento vital del anciano, y, en particular la intervención psicológica irá dirigida a la disminución de la desesperanza, la indefensión o el sentimiento de inadecuación.
- Después de una tentativa suicida es necesario un control psiquiátrico continuado, sobre todo en los primeros meses por el elevado riesgo de recidiva.

Desde la perspectiva de la familia, cuidadores, etc., es recomendable:

- Asegurar las visitas médicas regulares y la toma adecuada de la medicación.
- Implicar en el seguimiento a la familia.
- Recomendar al paciente no aislarse y participar en las actividades de su medio social y en la vida y actividades del Centro.
- Mostrar disponibilidad y cercanía del personal asistencial, adiestrando al residente y motivándolo para pedir ayuda en cualquier momento
- Evitar el consumo de tóxicos (alcohol, dependencia de fármacos).
- Consultar siempre la interacción o efectos secundarios de nuevos tratamientos.

B. Pautas de actuación (todo el personal asistencial)

B.1. Pautas formales:

- Detectar y desterrar de nuestra mente “creencias erróneas” sobre el suicidio.
- Detectar advertencias, factores de riesgo y áreas de vulnerabilidad en el/la residente.
- Comunicación a Medicina, Psicología y Enfermería si observamos algunas de las señales de alarma reflejadas en este protocolo.

- Valoración médica y psicológica de aquellos residentes en los que se haya detectado advertencias o señales de alarma para el suicidio. (Médico y Psicólogo).
- Detección y tratamiento de la patología psiquiátrica y la ideación suicida, especialmente la depresión. (MD + PS).
- Historia médica del residente. Registro en “ResiPlus” (programa informático integrado de registro de datos, etc. del Centro).
- Pauta de medicación (MD) (Registro en ResiPlus).
- Psicoterapia, si procede. Psicoeducación del residente y de su familia. (PS) (Registro en ResiPlus).
- Comunicación a la familia (MD). (Registro en ResiPlus).
- Derivación a los profesionales o a los servicios sociosanitarios que proceda en cada caso. (MD). (Registro en ResiPlus).
- Planteamiento del problema y pautas de actuación en el equipo y reunión interdisciplinar.

B.2. Reconocer signos externos:

- El anciano ha expresado verbalmente su deseo de morir o de poner fin a su vida, directa o indirectamente (“mi familia –o vosotros- se –os- quedarán tranquilos cuando yo me muera”).
- Se siente nervioso o apático.
- Se siente culpable y ‘sin valor’.
- Se encuentra muy cansado.
- Ya no se siente satisfecho de sus hábitos de vida.
- Se siente inquieto o irritable.
- Está convencido de que nadie le quiere.
- Está convencido de que vivir es estar envuelto en ‘una espiral’ sin salida.
- Duerme más o menos de lo normal o se acuesta en cama durante el día de forma repetida.
- Come más o menos de lo normal.
- Tiene persistentes migrañas, dolores de estómago o dolor crónico.
- Frecuentes demandas de atención médica.
- Hace proyectos de cambios de testamento o disposiciones de orden económico.
- Modificaciones en la actitud religiosa.

- Tristeza frecuente. Lloro a menudo.
- Aislamiento significativo y persistente.
- Cambios súbitos en su estado de ánimo.
- Autolesión o intento de hacerse daño
- Signos verbales como: “ya nada me importa (o ya para qué)”, “lo mejor es que me muriera”. Tomarlos siempre en serio
- Prestar atención a señales indirectas de lo que algunos han llamado el “suicidio silencioso”: abandono de la satisfacción de necesidades básicas (comer, beber, dormir...) o mediante el incumplimiento de tratamientos médicos esenciales.

B.3. Actitudes ante el anciano:

- Creerle y tomarle en serio si el residente que emite señales de alarma.
- Escucharlo y comprender sus sentimientos.
- Acercarnos frecuentemente a la persona e interesarnos por su estado, sin ‘agobiarlo’.
- No dejarlo solo mucho tiempo y, sobre todo, en lugar que pudiera suponer algún peligro.
- Retirar de su alcance elementos potencialmente lesivos o letales para el residente o impedir el acceso a los mismos (medicamentos, objetos cortantes o punzantes, ventanas, galerías, escaleras, etc.).
- Adecuado manejo de los problemas físicos del paciente, prestando especial atención a los procesos orgánicos invalidantes y a los causantes de dolor.
- Hacerle saber que deseamos ayudarlo y sabemos cómo.
- Facilitarle que verbalice y exprese sus sentimientos.
- Estimular sus cualidades positivas y éxitos recientes.
- No retar al paciente, no reñirlo.
- Ayudar al anciano a que recupere el significado cultural y, sobre todo, existencial de la senectud.

Ayudarlo, darle cariño, seguridad y no juzgarlo. El acontecimiento final que desencadena el acto suicida puede ser un hecho que desde fuera puede parecer menor, pero que tiene importancia por la resonancia afectiva de la está cargado para el anciano o por la angustia que finalmente desencadena.

ooooOoooo

BIBLIOGRAFÍA

- *El suicidio. De la rendición a la lucha por la vida.* Arnaldo Pangrazzi (ed.). Ed. San pablo. Madrid 2005.
- *El hombre contra sí mismo.* Alejandro Rocamora. Teléfono de la Esperanza. Asetes 1992.
- *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida.* Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid. (estudio)
- *Prevención del suicidio: para médicos generales.* Ginebra, departamento de Salud Mental y Toxicomanías. OMS.

oooooOOOOOooooo

EZEQUIEL SANCHEZ

Psicólogo. Centro Asistencial San Camilo

Tres Canto (Madrid)