



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

Agustín Sicilia Martín. Beatriz Vallejo Sánchez, M^a Ángeles Moreno Gómez. Elisa León López, Cristina García Blanco, David Hernando Martínez

Asicilia288@gmail.com

riesgo de suicidio, Atención Primaria, cribado, depresión, intervención

RESUMEN

En torno a un 40% de los fallecimientos por suicidio son llevados a cabo por personas mayores; y el 45% de los pacientes que han realizado un intento de suicidio visitó a su Médico de Atención Primaria (AP) en el mes anterior. Esto, unido a su fácil accesibilidad y a la relación de confianza que los pacientes mantienen con su médico, pone de relieve el papel fundamental que juega la AP en la detección del riesgo suicida, su seguimiento, o derivación a Salud Mental.

En este trabajo se presenta una justificación y descripción del Programa de detección del riesgo suicida en personas mayores de 65 años, y cuyo desarrollo está previsto en dos fases: en una primera en Atención Primaria, y posteriormente, en Servicios de Urgencias, Geriatría y Neurología, así como en Servicios Sociales Generales.

El objetivo general del programa es desarrollar estrategias de detección e intervención con personas mayores que presenten riesgo de suicidio.

INTRODUCCIÓN

La OMS dio la voz de alerta en 1996, declarando la conducta suicida como un problema de salud pública, al constatar el aumento notable en las últimas décadas tanto de los suicidios consumados como de los intentos de acabar con la propia vida, y hacía una llamada a todos los gobiernos del mundo para poner en marcha proyectos de prevención.

En el año 2002, esta misma organización publicó que más de un millón de personas fallecía en el mundo al año por suicidio, e indicaba que moría más gente por suicidio al año que en todos los conflictos armados a lo largo del planeta y que en muchos lugares, como es el caso de España, moría el doble de personas por suicidio que por accidente de tráfico y

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

además estimaba que los intentos autolíticos eran entre 10 y 20 veces más frecuentes (11).

El suicidio ha estado presente a lo largo de la historia de todos los pueblos de la tierra, y es un fenómeno tan antiguo como la misma humanidad. Rojas Marcos, psiquiatra, afirma que en todas las sociedades y culturas hubo siempre un número relativamente constante de personas que ponen fin a su vida, y otras que lo hacen pero sus familias, cuando no las propias instituciones, lo disimulan o esconden para eludir el tabú que pesa sobre el hecho. Este es, probablemente, el primer eslabón de la prevención, dar visibilidad a esta conducta, poder hablar abiertamente de ella, para tomar conciencia y poder desplegar los medios que permitan mitigarlo. Así mismo es importante conocer la gran cantidad de mitos y creencias falsas sobre el suicidio, que constituyen verdaderos obstáculos para la prevención de la conducta suicida.

En la población mayor de 60 años se produce un aumento del suicidio consumado.

Este es un colectivo vulnerable por las características y circunstancias que lo definen y que requiere de un abordaje específico. Su mayor riesgo puede estar en relación probablemente a las circunstancias adversas que suelen concurrir en esas etapas de la vida, con factores de riesgo específicos como el aislamiento y soledad (Heikkinen et al, 1995), las enfermedades somáticas crónicas o incapacitantes (Waern et al, 2002), o la demencia, y la pérdida de autonomía en la vida diaria (Alexopoulos et al, 1999), así como la frecuente presencia de trastornos depresivos que podría mediar la relación entre algunas de las anteriores variables y la conducta suicida (Ratcliffe, Enns, Belik y Sareen, 2008). En cuanto a la enfermedad física, está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada. Principalmente, cuando se asocia a dolor o discapacidad. Es muy infrecuente que el suicidio se produzca por una enfermedad física exclusivamente, sin ir acompañado de algún trastorno mental. Lo más frecuente es su asociación con trastornos depresivos. Las mayores tasas de suicidio consumado en este grupo de edad se deben también a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas de los intentos.

Parece claro, por consiguiente, que una parte de los esfuerzos por prevenir estas conductas, debe realizarse sobre la población mayor, en la que concurren una serie de características.

Los profesionales que trabajan en la Atención Primaria de Salud ocupan un lugar privilegiado para la detección precoz del riesgo suicida.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

Las personas con ideación suicida, consultan los servicios de AP con mayor frecuencia que los servicios especializados de salud mental. Muchas personas que han llevado a cabo un intento de suicidio o lo han consumado, han estado en contacto previamente con AP: diferentes documentos señalan que en torno al 75% contactaron con su médico de familia en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo un 33% lo hizo con su servicio de salud mental en el año anterior y un 20% en el mes anterior (Luoma, Martin y Pearson, 2002). Asimismo, después del alta tras una tentativa de suicidio hay un elevado contacto de la persona afectada o de su familia con los profesionales de AP.

La fácil accesibilidad por parte de toda la ciudadanía a la Red de Atención Primaria, hace que esta suela constituir el primer contacto con el sistema sanitario ante cualquier problema de salud. Además, su personal está generalmente valorado como cercano y comprometido y se encuentra en estrecha relación con la comunidad, proporcionando con ello un excelente canal de enlace entre ésta y el sistema de atención especializada.

De acuerdo con las conclusiones de la revisión de las estrategias de prevención del suicidio basadas en la evidencia, llevada a cabo por J. John Mann, M.D., Christina A. Michel, M.A., Randy P. Auerbach, Ph.D. de diciembre de 2020, la formación de los médicos de atención primaria en el reconocimiento y el tratamiento de la depresión ocupa un lugar significativo en la prevención del suicidio, así mismo destacan el acercamiento activo a los pacientes psiquiátricos después del alta o una crisis suicida.

Los profesionales de AP suelen tener un conocimiento amplio de sus pacientes, y de su entorno familiar y social, y mantienen con ellos una relación de confianza y un fuerte vínculo terapéutico. Así las cosas, va a ser clave el papel que estos profesionales van a jugar tanto en la detección del riesgo como en el seguimiento de los pacientes con ideación y/o tentativas de suicidio, al igual que de sus familiares.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Nos planteamos llevar a cabo un programa de detección de la sintomatología depresiva, la ideación y el riesgo suicida en la población mayor de 65 años en Gerencia de Atención Integrada de Puertollano (Ciudad Real), en la que participarían los profesionales de Atención Primaria y de la Unidad de Salud Mental en una primera fase, haciéndolo extensivo a Servicios Sociales Generales, Geriátrica, Neurología y los Servicios de Urgencias en una segunda.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

Dado que el trastorno mental, en concreto los trastornos afectivos, la depresión, suele estar presente en más de un 90% de los intentos de suicidio, la primera tarea será evaluar la presencia de sintomatología depresiva. Se recomienda la implementación del cribado de depresión en personas mayores, junto a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud, ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio. No está recomendado el cribado de suicidio en población general.

En Atención Primaria y los Servicios de Urgencias, se recomienda el cribado del riesgo de suicidio en poblaciones específicas (p.ej. adolescentes, o personas mayores) con factores de riesgo y con factores de estrés asociados, aunque acudan a consulta incluso por otros motivos.

Todos los instrumentos de cribado utilizados son breves, fáciles de utilizar, con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) aceptables.

No se ha constatado evidencia de que los programas de cribado de suicidio tengan un efecto iatrogénico sobre las personas, como aumentar el malestar emocional o generar ideación suicida.

En la evaluación es muy importante tener en cuenta que la persona mayor presenta unas características específicas que complican el proceso de detección e identificación de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida:

- Consideran que los síntomas depresivos son normales a su edad, por lo que con frecuencia piden menos ayuda.
- Tiene más dificultades para identificar sentimientos de tristeza, siendo frecuente expresarla a través de somatizaciones. Esto suele provocar menos derivaciones a los servicios de salud mental.
- Muchas veces acuden a médico de familia manifestando un motivo sin relevancia, y no verbalizan abiertamente sus emociones y menos aún ideas autolíticas.
- Presentan dificultades de comunicación, y en muchas ocasiones aislamiento social, especialmente en hombres mayores.
- Existen un mayor número de presentaciones atípicas (p.ej. pseudodemencias).
- Los hombres manifiestan el malestar a través de otro tipo de conductas, como el consumo de sustancias o las alteraciones conductuales, siendo más difícil de reconocer y probablemente de tratar que en las mujeres (Freeman et al, 2017).

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Los hombres mayores tendrían también más dificultades para la búsqueda activa de ayuda (Murphy, 1998). Es por este motivo que los profesionales deben tener estrategias de cara a la detección de ciertas señales de riesgo.

Hay que añadir una característica más: el suicidio silencioso en las personas mayores. Conductas de abandono personal como la falta de auto cuidado, de higiene, mala alimentación, no seguir las prescripciones médicas ni acudir a revisiones, etc, deben hacer sospechar de la presencia de un trastorno depresivo, que suele estar infradiagnosticado en la población mayor.

Por consiguiente, de cara a la detección precoz de la conducta suicida es de vital importancia tener presente los factores de riesgo y de protección, así como las señales de alarma.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

- Desarrollar estrategias de detección e intervención con personas mayores que presenten riesgo de suicidio, en profesionales de diferentes ámbitos.

Objetivos Específicos:

- Avanzar en la capacitación de los profesionales de primer nivel de atención sanitaria y social en la identificación del riesgo de suicidio

- Promover intervenciones en el ámbito comunitario que pueden ayudar a prevenir el suicidio.

- Proporcionar herramientas que contribuyan a la detección precoz y diagnóstico diferencial de la depresión en la edad avanzada.

- Definir criterios de derivación e intervención en Salud mental y seguimiento.

- Mejorar la comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y ámbitos de actuación.

METODOLOGÍA

La principal media preventiva en atención Primaria es el abordaje a través de la entrevista clínica, como instrumento esencial en la valoración del riesgo suicida.

Se realizará un cribado de depresión en toda la población mayor de 65 años asignada a un cupo médico, y si este resultara positivo, se procedería a un cribado del riesgo suicida.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

Por supuesto todo ello en el contexto de una entrevista clínica y de una adecuada exploración psicopatológica, lo que permitirá tomar la decisión de realizar el seguimiento del paciente en Atención Primaria o su derivación a Unidad de Salud Mental.

AMBITO DE APLICACIÓN

Primera etapa:

- Atención Primaria de Salud
- Servicios Sociales de Atención Primaria
- Unidad de Salud Mental

Segunda etapa:

- Servicios de urgencia/geriatría/neurología
- Servicios sociales generales

FASES

0. PRELIMINAR

- Formación de profesionales de Atención Primaria de Salud

1. CAPTACIÓN

- Se realizará sobre los pacientes mayores de 65 años que acudan a consulta de AP.

2. DETECCIÓN Y MANEJO

- Detección del paciente con potencial riesgo
- Información a pacientes y familiares
- Derivación a la USM
- Atención y cuidados en AP

3. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

- Evaluación diagnóstica
- Diseño del plan terapéutico
- Retorno de información a AP

4. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

Todas las personas mayores de 65 años que presenten:

- a. Trastorno de salud mental, principalmente trastornos afectivos (depresión mayor, distimia, o trastorno adaptativo), o con historia de tratamiento en Salud Mental, así como personas con síntomas afectivos en general (trastornos afectivos orgánicos, trastorno bipolar, o incluso reacciones vivenciales normales)
- b. y/o determinados factores de riesgo de conducta suicida, como intentos previos, intención o ideación suicida (o que, negándola, presenten factores de riesgo o señales de alerta), actos auto lesivos (por acción u omisión), antecedentes familiares de suicidio, sucesos vitales de estrés reciente.

Se utilizarán los criterios diagnósticos habituales del DSM-V y la CIE-10. En el caso de depresión mayor, el clínico debe tener en cuenta formas de manifestación más probables en este grupo de edad.

De acuerdo con la Sociedad Española de Psicogeriatría - Consenso español sobre la depresión en el anciano de la (2011)-, a la hora de diagnosticar y clasificar los cuadros depresivos del anciano, se deben reflejar sus singularidades principales: mayor tendencia a la cronicación y frecuencia de recaídas, su alta comorbilidad con otras condiciones médicas o con deterioro cognitivo/demencia, así como la presencia de peculiaridades en su presentación clínica en comparación con la depresión en el adulto (mayores niveles de ansiedad, de sintomatología hipocondriaca, de ideación suicida, más repercusión en la vida diaria y una menor expresión de tristeza. Así mismo, se manifiesta con quejas somáticas más frecuentemente.

La investigación revela que las ideas de muerte en los mayores se asocian a malestar psicológico incluso en personas que no tienen un diagnóstico de depresión, y pueden ser manifestaciones de una depresión subclínica e incluso un factor de riesgo de suicidio, lo que justificaría el consenso entre expertos en cuanto a la necesidad de atención clínica incluso en ancianos no deprimidos pero con ideas de muerte (Van Order KA, 2013; Joo J, 2016).

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

FASE PRELIMINAR:

A. Formación de los profesionales de atención primaria

La formación y capacitación de los médicos de atención primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas se llevará a cabo siguiendo las recomendaciones de la revisión bibliográfica realizada, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.

Contenidos de la formación:

Conceptualización de la conducta suicida. Epidemiología. Factores de riesgo. Factores protectores generales. Señales de alarma. Evaluación y abordaje de la conducta suicida. La valoración del riesgo. Cribado del riesgo. Riesgo suicida y sus indicadores. Instrumentos de cribado en personas mayores (Cuestionarios de riesgo suicida incluidos en Turriano, Escala de depresión geriátrica –Test de Yesavage, cribado de ansiedad y depresión – Escala de Goldberg – EADG, Test de riesgo de suicidio MINI, Escala Sad Person, Escala Barthel - Demencia-), Criterios de derivación a la Unidad de Salud Mental, Indicaciones de hospitalización psiquiátrica, Indicadores de elevada intencionalidad/suicidio.

B. Análisis de la demanda en USM: Se realizará un registro y análisis de las derivaciones de pacientes realizadas desde A. Primaria a la Unidad de Salud Mental, que incluirá:

- Número de personas mayores de 65 años derivadas a la USM
- Motivo de derivación
- Concordancia diagnóstica AP-USM
- Prevalencia de depresión y riesgo de suicidio.

FASE DE CAPTACIÓN/IDENTIFICACIÓN

CITACIÓN EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Profesionales que participan en la fase de CAPTACIÓN

Primera Fase:

En Atención Primaria (AP): Profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería, y Trabajo Social;

Segunda fase:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

En Acción Social: Profesionales Técnicos de Servicios Sociales de Base (Ayuntamiento, Centro de la Mujer...)

En otras Consultas especializadas: Profesionales de Medicina de Urgencias, Geriátrica y Neurología, principalmente, así como de Enfermería.

Intervenciones Recomendables

- En Atención Primaria:
- Se administrará la Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) a todas las personas mayores de 65 que acudan a consulta por cualquier motivo para la identificación precoz de personas con síntomas depresivos.
- A aquellos pacientes que hayan dado positivo en la escala, y se haya confirmado la presencia de síntomas depresivos con la entrevista clínica, se les realizará un cribado del riesgo suicida con la escala MINI.

Tras valoración de riesgo de suicidio, se decidirá su seguimiento en AP, evaluando cuidadosamente el riesgo en sucesivas visitas/seguimiento telefónico, si:

- Existe riesgo bajo (no hay ideación suicida o es infrecuente)
- Existe riesgo moderado (hay ideación frecuente, pero no planes o intentos de suicidio)
- Además, se dan las siguientes características:
 - o Alivio tras la entrevista
 - o Intención de control de impulsos suicidas
 - o Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
 - o Apoyo sociofamiliar efectivo

Registro de la actividad

Anotación en historia clínica de AP y registro correspondiente en Servicios Sociales

- En Acción social: ante la sospecha de la posible presencia de sintomatología depresiva y factores riesgo de suicidio, se abordará el problema con la persona y su familia para que consulten con AP, quien a su vez, valorará la situación y la derivación al dispositivo especializado de Salud Mental (SM) o la intervención y seguimiento del caso, según esté indicado.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

A través de los canales habituales de coordinación se hará un seguimiento de las situaciones que por su especial complejidad lo requieran.

FASE DE DETECCIÓN Y MANEJO

1. DETECCIÓN DE PACIENTE CON POTENCIAL RIESGO

Intervenciones Recomendables

En Acción social y otras consultas especializadas: ante la detección de posible sintomatología y sospecha de un posible riesgo de suicidio, se abordará el problema con la persona y su familia para que consulten con AP. Igualmente se recomienda la coordinación y seguimiento de las situaciones que por su especial complejidad lo requieran.

En Atención Primaria: A esta fase solo accederían los pacientes que hayan sido identificados como de mayor riesgo de llevar a cabo una conducta suicida

- Entrevista personal, familiar y orientación inicial.
- Importante valorar riesgo psicosocial: entorno, calidad de vida y expectativas:
- Convivencia, presencia de apoyo y relaciones familiares
- Capacidad de autocuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria
- Presencia de desesperanza, actitud del paciente hacia la vida y la muerte
- Es importante también valorar la conveniencia de intervenciones de apoyo en cuidadores con síntomas de depresión, ansiedad, y sobrecarga y en general, en familiares de personas con riesgo suicida.
- Exploración psicopatológica y Cribado: Escala de Depresión Geriátrica (GDS)
- Importante valorar depresión, abuso de alcohol u otra medicación, presencia de otras enfermedades
- Evaluación de ideación suicida: a través de entrevista y cribado: MINI (incluida en Turriano)
- Anamnesis y exploración física.
- Otras pruebas complementarias:
- Pruebas analíticas, que aportan información tanto para descartar factores orgánicos como sobre los tratamientos que se pueden instaurar.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Exploración neurocognitiva de rutina y estado mental (MINIMENTAL TEST): amplio consenso sobre la utilidad de la valoración cognitiva, que incluya al menos un test de screening estándar (p.ej. Minimental TEST), con el objetivo de realizar el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia, y establecer el funcionamiento cognitivo basal. No existe consenso sobre la utilidad de realizar estudio de neuroimagen.

- Escala de Bartell

La actividad será registrada en la historia clínica de AP y en el registro correspondiente en Servicios sociales.

2. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Se informará a todos los pacientes con un posible riesgo sobre las características del trastorno y la necesidad de evaluación y tratamiento en los niveles de atención que fueran necesarios.

Se proporcionará información a la familia sobre el trastorno y la actitud más aconsejable a seguir con el paciente, además de las pautas que convendría adoptar, con especial atención a la adopción de medidas de seguridad

Recursos materiales disponibles

- Documentación fiable e información en la página WEB corporativa SESCAM.

- Guías de información a usuarios y familiares

Registro de la actividad: Anotación en historia clínica de AP.

3. DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Los pacientes que presenten ideación suicida persistente deberán derivarse a la Unidad de Salud Mental para su tratamiento especializado, también si padece algún trastorno mental, si ha tenido un intento de suicidio previo, así como en los casos de existencia de antecedentes de suicidio en la familia, alcoholismo o trastornos mentales, o si presenta problemas de salud física y escaso/ningún apoyo social

Después de decidir la derivación de un paciente, el médico deberá tomarse tiempo para explicar al paciente el motivo de la misma, calmar su ansiedad sobre el estigma y la medicación psicotrópica. Aclararle que las terapias farmacológica y psicológica son efectivas. Enfatizar que la derivación no significa "abandono". Concertar una cita con el profesional de salud mental. Asegurarse que la relación con el paciente continúe

Asignarle tiempo al paciente para después de su cita en la USM.

Se elaborará un informe de derivación con los datos clínicos mínimos necesarios.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

La derivación deberá ser atendida en el plazo de una semana.

- Si el paciente cumple criterios de Urgencia por su situación física o por su estado mental la derivación será inmediata.

Informe de derivación/ interconsulta.

Registro de la actividad: Anotación en historia clínica Electrónica (HCE)

FASE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

1. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Profesional responsable

Se realizará en la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) siguiendo los procedimientos establecidos para la evaluación y diagnóstico en Salud Mental.

Intervenciones recomendables:

- Exploración psicopatológica y del riesgo de suicidio a través de la entrevista clínica, completando la evaluación con los instrumentos psicométricos específicos oportunos.
- La confirmación o no del diagnóstico de riesgo orientará hacia la continuación del seguimiento e intervención en la Unidad de Salud Mental, o bien, a su derivación a Atención Primaria, en caso de que el tratamiento especializado no sea necesario.

Registro de la actividad: Formularios correspondientes en HCE

2. DISEÑO DEL PLAN TERAPÉUTICO

Profesional responsable: Facultativo Responsable (FR) y otros profesionales que intervengan en el proceso.

Intervenciones recomendables:

Las intervenciones estarán basadas en la evidencia, y de manera consensuada tanto por todo el equipo, como con el paciente y familiares/allegados, considerando expectativas, preferencias, etc

Se establecerán objetivos concretos, en diferentes áreas, temporalizados, y con un profesional asignado para su trabajo con paciente/familia (Enfermería, TS, Psicología clínica y psiquiatría)

Reevaluación del Plan Individualizado de tratamiento (PITR) en función de la evolución de la sintomatología.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

Es importante la aportación previa de Guías o documentos con la información sobre señales de alerta, pautas de actuación con la persona, y recursos de ayuda. Posibilidad de “contrato terapéutico”

Registro de la actividad

- Formulario: Plan individualizado de Tratamiento de la HCE

3. RETORNO DE INFORMACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA y / o DISPOSITIVO DERIVANTE

Profesional responsable: Facultativo Responsable.

Intervenciones recomendables

- Se utilizará el informe habitual de comunicación con AP, que incluirá los objetivos generales de tratamiento, e incidiendo sobre aquellas actividades de seguimiento en los que pudiera estar implicada Atención Primaria

- Recomendable el establecimiento adicional de espacios regulares de coordinación entre AP y SM

Recursos materiales necesarios

Informe clínico Registro de la actividad

Anotación historia clínica

FASE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO 1. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Profesional responsable: Facultativo Responsable (FR) y otros profesionales que intervengan en el proceso. Intervenciones recomendables:

- Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse, y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

- Una parte fundamental del proceso terapéutico es la formación de una alianza terapéutica sólida entre el profesional y el paciente, así como contar con el apoyo del entorno de este.

- La psicoterapia debe considerarse especialmente en el tratamiento de la depresión en mayores cuando hay factores psicosociales identificados en su origen o mantenimiento.

- La psicoterapia juega un papel importante en el tratamiento de las personas con conducta suicida, aconsejándose la terapia interpersonal y la cognitivo- conductual.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

La psicoterapia empleada deberá incidir sobre algún aspecto específico de la conducta suicida (autolesiones, ideación suicida y/o desesperanza)

- En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (ISRS y psicoterapia)
- Se recomiendan preferentemente tratamientos individuales (valorándose la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual), con una frecuencia semanal, al menos al inicio (primer mes).
- El ejercicio físico también mejora la depresión geriátrica.

6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Fase de captación

- N° pacientes citados debido a presencia de síntomas o señales de riesgo, derivados por AP/N° total de pacientes mayores
- N° pacientes citados derivados por otros servicios (diferenciar Neurología, Geriátrica, urgencias, otros?)/N° total de pacientes mayores
- N° total pacientes con criterios de inclusión cuya demanda principal era otra/N° total de pacientes mayores

FASE DE DETECCIÓN Y MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Indicadores de proceso

- N° pacientes con diagnóstico o tratamiento (actual o pasado) por trastorno afectivo en los que se había detectado riesgo e informado en HC/N° total pacientes con dx o tratamiento.
- N° derivaciones normales/preferentes a salud mental desde atención primaria
- N° derivaciones urgentes a salud mental desde AP
- N° derivaciones urgentes a servicio de urgencias hospitalario desde AP
- N hospitalizaciones por riesgo en pacientes atendidos en AP

Indicadores de resultado

- Síntomas depresivos previos y finales (GDS)

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Riesgo de suicidio inicial/final (MINI)

FASE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL

Indicadores de proceso

- Días de espera en primera consulta psiquiatría
- Días de espera en primera consulta psicología clínica
- N° total de pacientes con criterios de inclusión en los que se ha detectado y valorado riesgo en AP/N° total derivaciones AP.
- N° pacientes en tratamiento psiquiátrico/N° total pacientes evaluados
- N° pacientes en tratamiento psicoterapéutico/N° total de pacientes evaluados
- Media sesiones psicoterapéuticas/año
- N° pacientes en tratamiento combinado (psicoterapia y farmacológico)
- Espera menor a 7 días entre primera consulta e inicio de tratamiento psicoterapéutico.

Indicadores de resultado

- Síntomas depresivos previos y finales
- Riesgo de suicidio inicial/final
- Calidad de vida previa y final
- Deterioro cognitivo (MMSE)
- Tasa de abandonos antes de finalizar tratamiento
- Tasa de nuevos intentos por paciente al año
- Tasa de suicidios consumados al año

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

CONCLUSIONES

Los profesionales de la Atención Primaria de Salud desempeñan un papel relevante en la prevención de la conducta suicida por su fácil accesibilidad y por la relación, generada a través de los años, con los pacientes. Los estudios cifran entre un 23 y un 75 % de casos en los se ha evitado que se lleve a cabo el intento de suicidio. Dotarles de la formación y capacitación adecuada, así como de instrumentos de cribado breves, fáciles de utilizar, con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo aceptables, puede suponer un paso significativo en la identificación de pacientes con riesgo suicida y por consiguiente la prevención de un número importante de estas conductas .

BIBLIOGRAFÍA

1. Alexopoulos et al, 1999. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression
2. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Revisión de la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. @ avalia-t 2010/02
3. <http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avaliat201002GPC-conductasuicida.pdf>
4. Freeman et al, 2017
5. Heikkinen et al, 1995, The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated?
6. Murphy, 1998 Why women are less likely than men to commit suicide. Comprehensive Psychiatry.
7. J. John Mann, M.D., Christina A. Michel, M.A., Randy P. Auerbach, Ph.D.Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review
8. Joo J, et al. 2016. Death ideation and suicidal ideation in community sample who do not meet criteria for major depression.
9. Murat Asian, Cicek Hocaoglu, Bulent Bahceci. Description of suicide ideation among older adult and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey.
10. Ratcliffe, Enns, Belik y Sareen, 2008 (citado en Psychological Comorbidities of physical illness: a behavioral medicine
11. Schmiktke et al, 1996. Suicide attempts with focus on Europe
12. Van Order KA, 2013; Citado en Issues in Family Geriatry psychology

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

13. Waern et al, 2002 Mental Disorder in Elderly Suicides: A Case-Control Study
14. Sociedad Española de Psicogeriatría (2011). Consenso español de depresión en el anciano (2ª Edición). Barcelona: Marketing Aid Systems & Services SL.
 - Guías de información a usuarios y familiares
15. Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer? Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2014. Documento disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017534.pdf>
16. Afrontando la realidad del suicidio: orientaciones para su prevención. FEAFES. 2006. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf
17. Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental grave. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Documento disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017097.pdf>
18. Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes. Comunidad de Madrid. Consejería de Educación, Salud y Deporte. 2018. Documento disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>
19. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2010. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
20. Cómo prevenir y actuar ante el suicidio. Guía para afectados, familiares, docentes y supervivientes. Asociación Internacional Teléfono de la Esperanza. 2019. Disponible en: <https://actua.telefonodelaesperanza.org/files/ftp/guia-prev-suicidio-asites.pdf>
21. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2010/02. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Laconductasuicida.pdf>