

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE
AUTÓLISIS PARA PERSONAS
MAYORES DE 65 AÑOS CON
DEPRESIÓN MAYOR

Universidad de Zaragoza
Facultad Ciencias Sociales y Humanas
Grado de Psicología

Autor: Borja Sediles Través

Director: Juan Francisco Roy Delgado

Junio de 2013

Índice

Introducción.....	2
Justificación.....	5
Objetivos	9
Localización y destinatarios	10
Método	11
Participantes	11
Instrumentos	11
Procedimiento.....	12
Sesiones.....	15
Recursos	18
Materiales.....	18
Humanos	18
Presupuesto	18
Resultados/evaluación.....	19
Evaluación de la eficacia del Programa a medio y largo plazo	19
Referencias	20
Anexo 1	23
Anexo 2	25
Anexo 3	26

Introducción

Este trabajo describe un programa de prevención dirigido a una población concreta, personas mayores de 65 años que cursan con depresión y una tentativa autolítica previa. Por consiguiente, el programa expuesto está dirigido a esta población.

Suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el acto suicida como la acción mediante la cual una persona se causa un daño a sí misma, independientemente de la intención letal y de que haya conocimiento o no de sus motivos. Para poder entender el fenómeno del suicidio en su naturaleza, se deben explicar varios conceptos. En primer lugar, hay que distinguir tres conceptos: la ideación suicida, la comunicación suicida y la conducta suicida. La ideación suicida engloba los deseos, pensamientos y planes sobre el suicidio. La comunicación suicida constituye un acto interpersonal en el que la persona comunica sus pensamientos, deseos o intenciones de acabar con su propia vida. Hay dos tipos de comunicación suicida:

- Amenaza, que puede ser verbal o no verbal.
- Plan suicida o propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

La conducta suicida es una conducta potencialmente lesiva y autoinfligida en la que, según la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011), la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad y presenta algún grado de intención (determinado o no) de acabar con su vida.

Dentro de la conducta suicida se engloban:

- Parasuicidio o conducta potencialmente lesiva, no mortal, con o sin intención de quitarse la vida.
- Intento de suicidio o conducta potencialmente lesiva, voluntaria, no mortal, con intención de acabar con la vida.
- Suicidio consumado o muerte autoinfligida, con intencionalidad hacia la muerte.

La conducta suicida no es baladí, hay unos factores de riesgo y unos factores protectores. Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud, en este caso la consumación del suicidio. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente a mayor cantidad de factores presentes. Hay que tener en cuenta que algunos factores ejercen mayor fuerza que otros. La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011) ofrece una clasificación de los Factores de Riesgo de la conducta suicida. A continuación se muestra una adaptación centrada en la población destinataria del programa.

- Factores individuales:
 - Depresión Mayor (DM), trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
 - Factores psicológicos. La rigidez cognitiva y la desesperanza son dos variables relacionadas. Personalidad agresiva e impulsiva.
 - Tentativas previas de suicidio e ideación suicida. Predictor más fuerte de riesgo suicida. Los ancianos son el grupo que presenta mayor riesgo por la mayor intencionalidad, letalidad y menor resistencia.
 - Edad. A partir de los 65 años, conforman un grupo de mayor riesgo.
 - Sexo. Los hombres tienen tasas mayores de suicidios consumados, las mujeres de intentos e ideación suicida.
 - Factores genéticos y biológicos.
 - Enfermedad física o discapacidad. Dolor en una enfermedad crónica, pérdida de movilidad, desfiguración, discapacidad en general o un mal pronóstico de la enfermedad. En personas de edad avanzada, el 80% de los suicidios hay presente una enfermedad física.
- Factores familiares y contextuales:
 - Historia familiar de suicidio. Sobre todo familiares de primer grado.
 - Eventos vitales estresantes. Vivencia de hechos estresantes recientemente como la pérdida de un ser querido, la jubilación, etc.
 - Factores sociofamiliares y ambientales. El estado civil, la situación domiciliar y la situación laboral.
 - Exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio”).

Por su lado, los factores protectores reducen la probabilidad de que el individuo sufra una tentativa suicida en presencia de factores de riesgo.

Factores protectores (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011):

- Factores personales:
 - Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
 - Tener confianza en uno mismo.
 - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
 - Presentar flexibilidad cognitiva.
 - Tener hijos, más concretamente en las mujeres.
- Factores sociales y medioambientales:
 - Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad.
 - Integración social.
 - Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.
 - Adoptar valores culturales y tradicionales.
 - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, enfermedad física o con abuso de alcohol.

En su guía, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES, 2006), completa estos factores protectores añadiendo:

- Tener un acceso restringido a medios de suicidio.
- Tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda.

Suicidio y depresión

La *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto (2008)* argumenta que la depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida. Son muchos los factores y variables que afectan en el desarrollo del continuo que va desde la ideación en un momento dado y sin mayor importancia hasta la consumación del suicidio. Los factores y variables que intervienen en dicho proceso incluyen factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales.

Depresión

La definición que ofrece la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) sobre depresión mayor es:

“La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.”

Criterios diagnósticos de la depresión de forma general y las características de la depresión en ancianos en el Anexo 1.

Justificación

Es numerosa la literatura que demuestra la relación existente entre los trastornos depresivos y la conducta suicida (Anía, Chinchilla, Suárez-Álvarez e Iurta, 2003, Belloch y cols., 2009, Boisseau et. al., 2013, Coffin, Jiménez, Béjar, Béjar y Álvarez, 2009, FEAFES, 2006, Hawton, Casañas i Comabella, Haw y Saunders, 2013, López y Rodríguez, 1999 y Moreno, 2011) además, estos trastornos, son un predictor de la conducta suicida (Tejedor, 2002).

FEAFES (2006) y Hawton et. al (2013) indican que el 90% de las personas que se suicidan sufrían algún trastorno mental en el momento de la consumación del acto. Por otro lado, el 15% de pacientes con TDM muere por suicidio y el 56% llevan a cabo una tentativa frustrada. La Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2011) y FEAFES (2006) citan el TDM como el trastorno mental más relacionado con la conducta suicida, su padecimiento aumenta 20 veces el riesgo de suicidio frente a la población general.

Si nos trasladamos a la tercera edad (>65A), se debe considerar que el patrón de riesgo depresivo aumenta fuertemente en estas edades (Moreno, 2011) donde entre el 50-70% de las personas de esta edad informan de síntomas depresivos (Belloch y cols., 2009 y Tejedor, 2002).

La tentativa previa de suicidio, segundo de los criterios anteriormente citados, es el predictor más fuerte de la conducta suicida (Belloch y cols., 2009, Boisseau et. al., 2013, FEAFES, 2006 y Tejedor, 2002) además dicho riesgo persiste durante mucho tiempo (Anía y cols., 2003) siendo este riesgo más fuerte, como argumenta la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2011), en los seis meses posteriores e incluso durante el primer año tras la tentativa, pues el riesgo aumenta entre 20-30 veces sobre todo en ancianos.

Respecto al último punto clave. En los jóvenes la proporción de suicidio consumado frente a intento de suicidio es de 1/30, pero a partir de los 65 años esta proporción se convierte en 1/3 (Moreno, 2011 y Tejedor, 2002). Esto se debe, tal y como mencionan Anía y cols. (2003), Belloch y cols. (2009), la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2011) y Tejedor (2002), que los ancianos presentan mayor intencionalidad y violencia en sus métodos, buscan no ser descubiertos y/o rescatados y tienen menor resistencia física a las secuelas del intento.

Moreno (2011) y Tejedor (2002) citan los sucesos vitales propios del anciano:

- Pérdidas afectivas socio-familiares (en especial el cónyuge).
- Empezar a vivir solo o ser institucionalizado.
- Jubilación (supone la pérdida del estatus socio-laboral).
- Mala adherencia al tratamiento.
- Enfermedad física o incapacitante.

Sucesos que crean una tristeza constante, pérdida de autonomía, sentimientos de no ser útil, etc. Poco a poco surge el síntoma de desesperanza, síntoma que complica la situación del anciano por su elevada relación con la conducta suicida.

En la prevención de la conducta suicida no se debe olvidar que la persona que está en riesgo, también está inmersa en el entorno en el que se desenvuelve. Por lo que la prevención debe englobar la intervención y el seguimiento del paciente así como su entorno. Es imprescindible evitar que el entorno que rodea a esta persona ofrezca posibilidades para llevar a cabo su intento (FEAFES, 2006 y Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011). Si nos trasladamos al relevante escenario europeo, Belloch y cols. (2009) citan la ingestión de fármacos como el método más utilizado en el intento de suicidio y métodos más violentos sobre todo en la vejez y el sexo masculino para el suicidio consumado. En Norteamérica, el método más utilizado es a través de armas de fuego. En Europa, el ahorcamiento (Belloch y cols., 2009). Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011), en España los métodos más frecuentes son el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, la precipitación desde un lugar elevado y el ahogamiento o sumersión. Las mujeres suelen utilizar más la sobredosis medicamentosa o envenenamiento por sustancias tóxicas.

Tabla 1

Suicidios consumados en España en 2011 según población, edad y sexo (INE, 2011).

	Población total	Personas de 65 años en adelante
Ambos sexos	3180	1045
Hombres	2435	791
Mujeres	745	254

Tabla 2

Métodos suicidas más usados en personas de 65 años en adelante en España en 2011 (INE, 2011).

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1°.Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	529	456	73
2°. Precipitación	237	147	90
3°. Ahogamiento y sumersión	67	36	31

Según muestra la tabla 1, en España, en el año 2011, la cifra de personas mayores de 65 años que se suicidaron representaba una tercera parte de los suicidios totales, teniendo en cuenta que este sector constituía el 17,3% de la población española (INE, 2011), demuestra una situación preocupante. Con respecto a la tabla 2, ofrece una ligera orientación en referencia a la prevención sobre el entorno. Los datos ilustrados indican los métodos más usados en la conducta suicida consumada en nuestro país.

Por último queda mencionar el tipo de enfoque psicológico elegido. El proyecto centra su intervención en el modelo cognitivo-conductual. Anteriormente se ha mencionado que la desesperanza es el síntoma más relacionado con la conducta suicida (Tejedor, 2002), Anía y cols. (2003) hablan sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en la prevención de suicidio por su confrontación directa con la desesperanza, ya que la desesperanza puede persistir a pesar de que la depresión haya remitido. La Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto (2008) cita la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como tratamiento eficaz en el manejo de la depresión, otros autores mencionan que la TCC ha demostrado evidencia suficiente de su eficacia en el tratamiento de la depresión (Belloch y cols., 2003, Olivares y Méndez, 2010 y Pérez y García, 2001).

Tras lo citado, queda aclarado porqué el proyecto se edifica sobre los tres puntos clave expuestos, que a la vez son tres factores de riesgo elevado de la conducta suicida:

- Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM).
- Tentativa previa de suicidio.
- Personas mayores de 65 años.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual para la prevención de conductas suicidas en personas mayores de 65 años que hayan tenido un diagnóstico previo de Depresión Mayor (DM).

Entre los objetivos específicos, que son los pasos que hay que dar para alcanzar o consolidar de objetivos general, son muchos los que se abarcan en el programa, a continuación serán citados:

- Desarrollo de autoeficacia y sentimiento de valía personal.
- Mejora de las habilidades sociales propias.
- Establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- Participación en las sesiones psicológicas tanto individuales como grupales.
- Compromiso y responsabilidad en la participación del programa.

A modo de resumen, los objetivos específicos citados serían las piezas de un puzle donde el resultado final de dicho puzle es el objetivo general.

Localización y destinatarios

La localización del programa se sitúa en la ciudad de Zaragoza. Requeriría contar con las instalaciones pertinentes de un Servicio de Salud Mental estándar de un centro hospitalario o residencia geriátrica donde los pacientes estarían internados en habitaciones habilitadas para dos personas.

La selección de las personas destinatarias del programa se hará bajo unos criterios citados a continuación:

- Criterios de inclusión: personas mayores de 65 años con un intento previo de suicidio realizado en los últimos 5 años y antecedentes de DM previa a la tentativa de suicidio y diagnosticada en el correspondiente Servicio de Salud Mental. Puntuación en algún grado de depresión en el Inventario de depresión de Beck (BDI) (ver instrumentos).
- Criterios de exclusión: personas con un diagnóstico de trastorno de personalidad, trastorno bipolar u otras psicopatías; personas con problemas de abuso de sustancias; personas con ausencia de diagnóstico de trastorno depresivo; personas con trastornos depresivos en evolución y en situación no estable actualmente; personas que realizaron el intento de suicidio hace más de 5 años.

Los destinatarios directos del programa son los pacientes cuya situación queda englobada bajo los criterios de inclusión y aceptan de forma voluntaria la integración en el programa.

Los destinatarios indirectos son aquellas personas no destinatarias del programa pero que, al tener relación con los destinatarios, salen beneficiados de alguna forma.

Destinatarios indirectos del programa son:

- Familia del paciente e iguales.
- Personal profesional que desarrolla el programa.
- A nivel global, la sociedad al contar con una herramienta para afrontar de forma directa un problema social.

Método

Participantes

Se compone de un grupo mixto de 25 personas procedentes de la CCAA de Aragón. Todas estas personas cumplen los criterios de inclusión y han aceptado de forma voluntaria la integración y participación en el programa. En caso de una asistencia superior de 25 pacientes, aquellos con escaso o inexistente apoyo familiar, tendrán preferencia sobre el resto.

Previo a formar parte del programa, los destinatarios ingresados en el servicio de urgencias y en situación ya estable son evaluados por los profesionales de atención primaria para determinar y conocer datos.

Instrumentos

- Registro de información socio-demográfica.
- Registro de enfermedades mentales, según el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV (Núñez y cols., 2008).
- Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011). Diseñada para determinar el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. La BHS está compuesta de 20 ítems de verdadero o falso. Cada ítem se puntúa 0 ó 1, por lo que el rango de puntuación total oscila de 0 a 20. Una puntuación de 9 o mayor indicaría riesgo de suicidio.
- Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011). Diseñado para determinar la gravedad de la depresión. El BDI está constituido de 21 ítems de respuesta múltiple. Cada ítem puede puntuar 0, 1, 2 ó 3, por lo que el rango de puntuación total oscila de 0 a 63. Ofreciendo diferentes patrones de gravedad en la depresión.

El BDI, ha llegado a ser en nuestro país uno de los test psicológicos más utilizados en la práctica clínica. Se ha demostrado la fiabilidad y validez de sus dos versiones en español, BDI y BDI-II (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003, Vázquez y Sanz, 1999).

- Escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011). Diseñada para determinar y evaluar el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento presente o de forma retrospectiva. El SSI está compuesto de 19 ítems de respuesta múltiple y debe ser completada por el profesional mediante una entrevista semiestructurada (García-Nieto y cols., 2012). Cada ítem puede puntuar 0, 1 ó 2, por lo que el rango de puntuación total oscila de 0 a 38. Los 19 ítems se distribuyen en cuatro bloques: actitud ante la vida/muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados. Si la puntuación de los ítems (4) “Deseo de intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es 0, se finaliza la entrevista concluyendo como “No aplicable” (González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000).
- Escala de intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS) (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011). Diseñada para determinar la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. El SIS está constituido de 15 ítems de respuesta múltiple. Cada ítem puede puntuar 0, 1 ó 2, por lo que el rango de puntuación total oscila de 0 a 30. La primera parte hace referencia a las circunstancias objetivas en las que se dio el intento de suicidio (ítems 1-8), la segunda es autoinformada, se valora la actitud del individuo ante la vida y la muerte y la valoración que hace sobre su tentativa (ítems 9-15), (García-Nieto y cols., 2013).

Procedimiento

El proyecto comienza en el momento en el que una persona mayor de 65 años ha cometido un intento de suicidio, esté o no ingresada en un centro hospitalario, y se encuentra en situación estable. Aquí intervendrá el personal de atención primaria y pasará al paciente la batería de test (véase apartado instrumentos).

Tras la evaluación del paciente se concretará según los resultados, quienes cumplen los criterios de inclusión en el proyecto. En el caso de aquellos que no sean aptos para el programa porque su condición cumple otras características, se seguirá el protocolo estándar a su estado y su situación administrativa y se enviará la información obtenida de la evaluación al personal de atención primaria.

Es en este momento, una vez que se ha discriminado y seleccionado a los pacientes potencialmente destinatarios, cuando comienza la fase previa del proyecto.

En esta fase previa al comienzo del tratamiento, se tendrá una entrevista con el paciente y se le comentará su situación y la posibilidad de acceder al programa.

Aspectos éticos:

Se obtendrá el Consentimiento Informado de cada paciente integrado en el Programa de acuerdo a la legislación vigente Estatal y Autonómica. Asimismo se pedirá por escrito la conformidad del especialista que controla el tratamiento farmacológico del paciente. No comenzará la intervención ningún paciente sin la supervisión de su médico. Además, el terapeuta estará en contacto con el médico de familia o el psiquiatra para comentar la evolución y la posible modificación o continuación con el tratamiento farmacológico. El paciente aceptará de forma voluntaria formar parte y comprometerse con el mismo.

Se trabajará bajo el cumplimiento de la siguiente legislación:

- LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Boletín Oficial del Estado (BOE), 1999).
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, 2002).
- LEY 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica (BOE, 2007).

Una vez que se cuente con todos los permisos y conformidades tanto de los destinatarios como del personal que sigue la historia clínica del paciente se procederá a hacer el alojamiento de los pacientes en el centro hospitalario o residencia geriátrica, los destinatarios serán asignados por parejas y se les colocará en una habitación. Pacientes que tengan cónyuge podrán elegir entre estar internos en las instalaciones donde se implantará el programa o continuar viviendo en su domicilio pero asumiendo la responsabilidad y compromiso con el programa.

Programa de intervención basado en la TCC:

Contexto Terapéutico Integral: esta intervención cognitivo-conductual estará inmersa en un programa que combina la intervención psicológica con el tratamiento farmacológico estándar. Se realizará un grupo de apoyo psicológico formado por dos terapeutas entrenados en prevención de recaídas y manejo de la depresión cuya intervención psicológica, de enfoque cognitivo-conductual, estará centrada en ambas cuestiones, estos terapeutas se encargarán de las sesiones individuales. Para las sesiones grupales y actividades se contará con dichos terapeutas y la colaboración necesaria de otros profesionales especificados en el apartado donde se describen las sesiones.

La intervención tendrá una duración de seis meses. Se combinarán sesiones individuales y grupales con actividades en grupo y en contexto natural. El transcurso de cada mes será el siguiente: los pacientes se reunirán la primera y tercera semana de cada mes para las sesiones individuales con el psicólogo. La segunda semana tendrán la sesión de grupo. Y la cuarta semana del mes se destinará a una actividad en grupo pero no enfocada al tratamiento psicológico exclusivamente.

Las sesiones individuales tendrán una duración de una hora (ampliable), las grupales tendrán una duración de dos horas y la duración de las actividades dependerá del tipo de actividad a realizar, sin superar las 4 horas de duración.

Tras la finalización de los seis meses, se procederá a hacer seguimiento telefónico de un total de 10 llamadas. Este seguimiento puede actuar como un factor protector de cara a que como muestran Cebrià et al. (2013) en su estudio, consiguieron reducir la tasa de suicidios de los pacientes en relación al año anterior.

El seguimiento telefónico se llevará de la siguiente forma: una llamada cada dos lunes días hasta llegar a 6 llamadas, a partir de aquí una llamada cada cuatro lunes.

Durante los seis primeros meses del programa, el paciente puede contactar (bajo horario fijado) con el psicólogo. Tras los meses del seguimiento telefónico tendrá lugar la última sesión de forma individual para valorar y evaluar la situación del paciente.

A continuación se expone un cronograma con las fechas fijadas de cada sesión, la fecha de inicio es en febrero de 2014 con finalización en enero de 2015.

3 Febrero	Sesión Individual	28 Abril	Sesión Individual
10 Febrero	Sesión Grupal	5 Mayo	Sesión Grupal
17 Febrero	Sesión Individual	12 Mayo	Sesión Individual
24 Febrero	Actividad	19 Mayo	Actividad
3 Marzo	Sesión Individual	26 Mayo	Sesión Individual
10 Marzo	Sesión Grupal	2 Junio	Sesión Grupal
17 Marzo	Sesión Individual	9 Junio	Sesión Individual
24 Marzo	Actividad	16 Junio	Actividad
31 Marzo	Sesión Individual	23 Junio	Sesión Individual
7 Abril	Sesión Grupal	30 Junio	Sesión Grupal
14 Abril	Sesión Individual	7 Julio	Sesión Individual
21 Abril	Actividad	14 Julio	Actividad

Fig. 1. Cronograma de los seis meses de tratamiento.

28 Julio	Llamada	6 Octubre	Llamada
11 Agosto	Llamada	3 Noviembre	Llamada
25 Agosto	Llamada	1 Diciembre	Llamada
8 Septiembre	Llamada	29 Diciembre	Llamada
22 septiembre	Llamada	26 Enero	Llamada
31 enero	Sesión individual		

Fig. 2. Cronograma del seguimiento telefónico y última sesión.

Sesiones

A continuación se desarrollarán las sesiones individuales y las grupales. Las actividades que integran el programa se encuentran desarrolladas en el Anexo 2.

Las sesiones individuales están organizadas de forma que las sesiones grupales que las siguen sirven para reforzar, de forma grupal, lo trabajado individualmente. Lo que se busca no es únicamente la adquisición de una relación con el terapeuta basada en el aprendizaje y el trabajo personal, sino que este aprendizaje y trabajo se vean aplicados y mejorados en sus relaciones interpersonales. Por último, en aquellos pacientes que se necesite se trabajará el duelo.

El interés de las actividades es básicamente la estimulación de la faceta lúdica saludable en el anciano, faceta que suele estar olvidada y/o atrofiada. Además, este aspecto lúdico se combina con la autopercepción de valía y autoeficacia, de seguir teniendo un papel tanto a nivel personal como interpersonal.

Sesiones individuales:

- 1. Establecimiento de relación terapéutica y expectativas y objetivos. En esta primera sesión se establecerá la relación terapéutica y los objetivos de la terapia, se evaluarán las expectativas del paciente y se adaptarán a la intervención psicológica sin dejar a un lado el tratamiento farmacológico.
- 2. Trabajo de habilidades sociales. Esta sesión está destinada a la evaluación de habilidades sociales del paciente y al establecimiento de un plan de mejora. El objetivo es que adquiera recursos y habilidades para establecer una adecuada comunicación con los demás, estableciendo relaciones interpersonales y manteniéndolas.
- 3. Experiencias. Esta sesión se reforzará la relación con el terapeuta y evaluará como se ha empezado a relacionar el paciente tras la sesión anterior. Se trabajarán las experiencias que ha integrado el anciano a lo largo de su vida. Explorar qué siente y piensa sobre su pasado, su presente y su futuro.
- 4. Reestructuración cognitiva. En estas sesiones se analizará cómo maneja el paciente sus cogniciones e integra su experiencia y como hace atribuciones causales en su vida. Se trata de identificar los patrones de pensamientos del paciente, ver las distorsiones y pensamientos irracionales y modificarlos.
- 5. Reestructuración cognitiva.
- 6. Reestructuración cognitiva.
- 7. Habilidades sociales interpersonales. Dedicada a reforzar lo aprendido en la sesión 2 (más arriba). Se seguirá trabajando en la misma línea, se resolverán dificultades y se establecerán objetivos.
- 8. Habilidades sociales interpersonales.
- 9. Resolución de problemas. La resolución de problemas son las estrategias que el paciente posee para afrontar sus problemas. En estas sesiones se trabajarán estrategias para este fin y se revisarán las dificultades. Es necesario identificar y modificar los estilos atribucionales basados en el modelo interno-constante-global y sustituirlos modelos realistas.

- 10. Resolución de problemas.
- 11. Expectativas y objetivos. En esta sesión se revisarán si se han cumplido y alcanzado las expectativas y objetivos, respectivamente, planteados en la primera sesión. Se hará una valoración global de las expectativas actuales y se fijarán nuevos objetivos futuros.
- 12. Evaluación. Evaluación global del tratamiento individual, grupal y las actividades, evaluación de la situación actual del paciente y la integración de su experiencia.
- 13. Seguimiento y evaluación (tras la fase del seguimiento). Tras el periodo del seguimiento telefónico, el paciente se reunirá de nuevo con el terapeuta. Se valorará la situación del anciano, sus expectativas y objetivos, su visión de su vida. Exploración de las dimensiones cognitivas o afectivo-emocionales.

Sesiones grupales:

- 1. Presentación del grupo y del programa y trabajo de habilidades sociales. Primera toma de contacto en grupo. Se presentará el proyecto y los objetivos del mismo. Se harán dinámicas de presentación de los componentes.
- 2. Mitos sobre el suicidio y experiencias propias. Tras haber trabajado de forma individual las habilidades sociales y haber explorado el tema de las experiencias propias, se trabajarán estas experiencias de forma grupal. Después se trabajará el tema del suicidio y los mitos asociados (ver Anexo3).
- 3. El papel del anciano en la sociedad (enlace con Trabajo Social). Destinada como dice el título a trabajar el papel del anciano en la sociedad se abordará la perspectiva de la familia en primer lugar. Tras esto se hará un debate donde deben exponer su opinión sobre qué representa el anciano para lo sociedad tras esto se trabajará lo expuesto en el debate y se les explicará las posteriores actividades que habrá con niños con discapacidad.
- 4. Gimnasia y relajación (enlace con Terapia Ocupacional y Fisioterapia). El objetivo de esta sesión junto a la actividad que le sigue (risoterapia/musicoterapia) es conocerse a sí mismos y los recursos y habilidades con los que cuentan. En esta sesión, a cargo de un profesional de terapia ocupacional, se potenciará el conocimiento del cuerpo, ejercicios de psicomotricidad y relajación.

- 5. Juegos y dinámicas en grupo. Tras el trabajo de las habilidades personales y la resolución de problemas en las sesiones individuales, es hora de aplicar lo que se ha aprendido. Se prepararán juegos y dinámicas que impliquen necesariamente la colaboración con los demás.
- 6. Preparación de la fiesta. Han aprendido que tienen un lugar que ocupar, que pueden adoptar responsabilidades y realizar cosas. Por eso, el objetivo de esta sesión es que los propios pacientes, ayudados del personal, montarán la propia fiesta.

Recursos

Materiales

- Las instalaciones (centro hospitalario o residencia geriátrica).
- Las pruebas psicométricas que se harán a los pacientes.
- Material necesario para el desarrollo de las sesiones.
- Material y alimentos para la actividad de la fiesta.

Humanos

Para el desarrollo de las sesiones y actividades se necesitará de la contratación:

- Un psicólogo especializado en prevención de conducta suicida y manejo de la depresión.

El centro hospitalario o residencia geriátrica dispondrá de personal que se encargará de atender a los ancianos y ancianas en los aspectos físico, médico y social.

- Un trabajador social.
- Un terapeuta ocupacional.
- Un fisioterapeuta.
- Un facultativo especialista en geriatría.
- Un facultativo especialista en psiquiatría.
- Voluntariado y asociaciones.

Resultados/Evaluación

Los resultados esperados del proyecto son la eliminación del peso de los factores de riesgo y la potenciación de los factores protectores.

Con la remisión de la depresión, quedaría suprimido el peso de uno de los factores de riesgo más influyentes en los pacientes, pero ya que la tentativa previa de suicidio ha sido algo que ha ocurrido en el pasado de los pacientes, no se puede eliminar la existencia de ese hecho y por tanto de lo que supone como amenaza.

Para contrarrestar esa situación y a modo de protección de la persona, se han trabajado en el proyecto varias dimensiones que el paciente ha integrado en su vida:

- Establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales.
- Tener un papel en la sociedad y adoptar el rol poder de ser una persona útil.
- Resolución de problemas y fomento de habilidades sociales.

Evaluación de la eficacia del Programa a medio y largo plazo

En primer lugar, tras la finalización del seguimiento telefónico y la última sesión individual con el psicólogo, se evaluará el si la depresión ha remitido o no y, si no lo ha hecho, evaluar el grado.

Se controlará a los cinco años tras la finalización del programa, si los pacientes han tenido recaídas.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Anía, B.J., Chinchilla, E., Suárez-Almenara, J.L. y Irurita, J. (2003). Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia. *Revista Especialista en Geriátrica y Gerontología*, 38, 170-174.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill.
- Boisseau, C.L., Yen, S., Markowitz, J.C., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Morey, L.C and McGlashan, T.H. (2013). Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 238-242.
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (1999). LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Recuperado el 19 de junio de 2013, de <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2002). LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Recuperado el 19 de junio de 2013, de <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2007). LEY 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Recuperado el 19 de junio de 2013, de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf>
- Cebriá, A.I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Laredo, A., Vallès, V., Cavero, M., Oliva, J.C., Hegerl, U., Pérez-Solà, V. and Palao, D.J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged for an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147, 269-276.

- Coffin, N., Bejar, C., bejar, F., Jiménez, M. y Álvarez, M. (2009). Comorbilidad de la depresión en usuarios de una clínica-escuela de México. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 12, 117-129. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <http://ojs.unam.mx/index.php/index/search/authors/view?firstName=Norma&middleName=&lastName=Coffin%20Cabrera&affiliation=&country=MX>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2006). *Afrontando la realidad del suicidio, orientaciones para su prevención*. Recuperado el 1 de abril de 2013, de <http://feafes.org/publicaciones/afrontando-la-realidad-del-suicidio-orientaciones-para-su-prevencion-2450/>
- García-Nieto, R., Parra, I., Palao, D., Lopez-Castroman, J., Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Saiz, J., Ibañez, A., Tiana, T., Durán, S., Pérez, V., Diego-Otero, Y., Pérez-Costillas, L., Fernández, R., Saiz-González, D., Jiménez, M.A., Navío, M., Giner, L., Guija, J.A., Escobar, J.L., Cervilla, J.A., Quesada, M., Braquehais, D., Blasco-Fontecilla, H., Legido-Gil, T., Aroca, F., Baca-García, E. y Grupo GEICS. (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 24-36.
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C. and Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147, 17-28.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). *Censos de población y viviendas 2011*. Recuperado el 13 de junio de 2013, de <http://www.ine.es/prensa/np756.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). *Defunciones según la causa de muerte 2011. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad*. Recuperado el 3 de abril de 2013, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). *Defunciones según la causa de muerte 2011. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y medio empleado*. Recuperado el 3 de abril de 2013, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). *Defunciones según la causa de muerte 2011. Suicidios por medio empleado, sexo y edad*. Recuperado el 3 de abril de 2013, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- López, I.M. y Rodríguez, H.M. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 19-23.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/>
- Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado el 1 de abril de 2013, de <http://feafes.org/publicaciones/gpc-conducta-suicida-12406/>.
- Moreno, A. (2011). El suicidio en el anciano institucionalizado. *ALCMEON*, 17, 162-168.
- Núñez, N.A., Olivera, S.L., Losada, I.D., Pardo, M.P., Díaz, L.G. y Rojas, H.A. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento psicológico*, 4, 85-100.
- Olivares, J. y Méndez, F.X. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Sanz, J., Perdígón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométrica en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Tejedor, M.C. (2002). Aspectos clínicos del suicidio en el anciano deprimido. *Informaciones psiquiátricas*, 167, 45-50.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.

Anexo 1. Características básicas del episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM-IV-TR)

- A. Durante al menos 2 SEMANAS, presencia casi diaria de la menos *CINCO* de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) *necesariamente*:
- 1) Estado de ánimo deprimido.
 - 2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
 - 3) Aumento o disminución de peso/apetito.
 - 4) Insomnio o hipersomnio.
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 6) Fatiga o pérdida de energía.
 - 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
 - 8) Problemas de concentración o toma de decisiones.
 - 9) Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.
- B. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- C. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p. ej., hipotiroidismo).
- D. No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).

(Especificar gravedad y si es episodio único o recurrente).

Anexo 1 (continuación). Características de la depresión en la edad avanzada (Belloch y cols., 2009)

- Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
- Menor verbalización de sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Alexitimia (dificultad para la expresión verbal de las emociones).
- Existencia frecuente de delirios y alucinaciones en la depresión mayor.
- Síntomas negativos: apatía y aplanamiento afectivo (falta de expresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, pobre contacto ocular y poca reactividad emocional).
- Enmascaramiento con síntomas psíquicos o corporales (por ejemplo, anorexia, bulimia, fobias, hipocondría, conductas autodestructivas o de riesgo, autodependencia, juego compulsivo y cleptomanía, etc).
- Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y, particularmente, cuando viven solos.
- Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- Mayor irritabilidad.
- Presencia importante de los trastornos del sueño, sobre todo insomnio o hipersomnia.
- Frecuentes somatizaciones ansiosas.
- Menos variaciones diurnas del humor.
- Disfunción cognitiva.

Anexo 2. Actividades a desarrollar en el programa.

Actividades:

- 1. Excursión al parque (Enlace con voluntariado). El grupo saldrá acompañado por el personal a dar un paseo guiado por la ciudad, tomarán el bus turístico y la excursión concluirá con una visita al parque donde tendrá lugar la comida. Si hay tiempo suficiente se hará alguna dinámica al aire libre.
- 2. Visita al cine (Enlace con voluntariado). El mes anterior la actividad consistió en salir por la ciudad, esta vez se trata de ir al cine. El personal acompañará al grupo. Tras el visionado de la película, en el centro, tendrá lugar un debate sobre la película (se buscará una película en concreto).
- 3. Actividad con niños con discapacidad (Enlace con asociaciones de niños con discapacidad). Tras la sesión grupal previa sobre el papel del anciano en la sociedad, se contactará con asociaciones con niños con discapacidad física o mental y se preparará una actividad en la que los pacientes del programa intervendrán con estos niños discapacitados, siempre bajo supervisión de personal especializado.
- 4. Risoterapia/musicoterapia (Enlace con terapeutas especializados). En la risoterapia se utilizará uno de los recursos más naturales y humanos, la risa. En la musicoterapia, el recurso será la música y sus elementos. Se utilizarán ambos recursos para trabajar tanto la expresión y creatividad corporal como emocional para conocerse a sí mismo, relacionarse con los demás y aprender.
- 5. Actividad con niños con discapacidad (Enlace con asociaciones de niños con discapacidad).
- 6. Fiesta de despedida. Tras la preparación en la sesión grupal, es el momento de llevar a cabo todo el plan. Se preparará una fiesta a modo de despedida, donde los protagonistas y organizadores serán los pacientes. Se podrá invitar a la fiesta a familiares e iguales.

Anexo 3. Mitos e ideas erróneas sobre el suicidio (FEAFES, 2006).

Mito	Enfoque equivocado	Situación real
1.El que se quiere matar no lo dice.	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
2.El que lo dice no lo hace.	Conduce a minimizar las amenazas suicidas y pasar a considerarlas erróneamente, como chantajos, manipulaciones, alardes, etc.	Todo el que se suicida expresa previamente con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta sus intenciones.
3.Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.	Se ignoran los signos de alerta previos al suicidio.	Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, que consiste en un retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí, y la existencia de fantasías suicidas. Todo esto, si se detecta a su debido tiempo, evitará que lleven a cabo sus propósitos.
4.El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.	Limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y, por tanto, prevenirlo.	

Mito	Enfoque equivocado	Situación real
5.Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo, se le puede incitar a que lo realice.	Influye temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos de suicidio.
6.El suicida desea morir.	Previene justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	El principal deseo de la mayoría de los suicidas no es específicamente morir, sino poner fin a su dolor, el cual les parece insoportable e interminable.
7.El que intenta el suicidio es un cobarde.	Previene equiparar el suicidio con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, sino personas que sufren. La valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no pueden cuantificarse según el número de intentos de quitarse la vida.
8.El que intenta el suicidio es un valiente.	Previene equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica, haciéndolo sinónimo de un atributo irrefutable y que todos desean poseer, como es el valor.	