

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CENTRO UNIVERSITARIO BAYAMÓN
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE
INDICADORES SUICIDAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO**

DR. JOSUE PACHECO
PRECEPTOR

DAMARIS CARTAGENA RESTO
MAYO, 2011

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado, primeramente a mi Dios Todo Poderoso por su infinita misericordia para conmigo. Por ser mi principal Fortaleza guardando y guiando mis pasos por el sendero de la vida, permitiendo que mi Fe no se quebrantara en los momentos que me faltaron las fuerzas y el aliento necesarios para continuar. Gracias Señor, por tu amor y bendición.

A mi querida y amada progenitora Juanita. Mamá aunque no estás a mi lado físicamente para disfrutar juntas este triunfo, se que te sientes orgullosa de mi, y desde el cielo me observas y das tu bendición, cubriéndome con tu manto de amor como lo has hecho siempre. Te amo madre, te extraño.

A ti papi, el cual tengo la gracia de Dios por permitir que aun estés a mi lado manteniéndonos juntos en el camino tomados de la mano. Aunque a veces sienta tus pasos ya un poco cansados te has mantenido firme junto a mí, dejándome saber siempre, cuanto me amas. Gracias viejo, por las veces que me observaste desvelada, insistiendo en ser mi compañía, mientras realizaba esta obra. Por toda tu admiración para conmigo, la cual es recíproca, te dedico al igual este trabajo.

A mi hijo amado, Misael el regalo más hermoso que me ha dado la vida, también le dedico esta tesis. Recuerda que mami te ama, gracias por ser tan buen hijo y dar sentido a mi vida. A ti Nati, yerna querida, que has sabido amar y hacer feliz a mi hijo, quiero que sepas que están y estarán en mi corazón.

Por último y no menos importante a ti Daniel, mi otra mitad. Gracias por estar en todos mis momentos buenos y menos buenos a mi lado. Tu paciencia y apoyo siempre serán mi soporte en todo lo que me proponga. Gracias por tu amor incondicional, por amarme como me amas, por demostrarme cada día lo hermoso que es compartir los años que me quedan a tu lado. Sé que hemos pasado momentos difíciles, pero junto a ti el camino se torna más hermoso, lleno de vida, de la mano por siempre con nuestro amor. Te ama tu esposa.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mi mentor el Dr. Josué Pacheco Castillo quien además, de trasmitirme su vocación investigadora, me orientó, brindándome constantemente sus conocimientos en todos los aspectos de este proyecto. Igualmente, deseo agradecerle la plena confianza que siempre me ha demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento me ha ofrecido.

A mis verdaderos amigos, que de alguna u otra forma, han estado cerca brindándome su apoyo incondicional sin esperar nada a cambio.

Y por último, y no menos importante, a todos los participantes que contestaron pacientemente y de forma desinteresada el cuestionario, que hizo factible este trabajo.

Mis más sinceras y expresivas gracias a todos.

Damaris

ABSTRACTO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE INDICADORES SUICIDAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Estudio descriptivo, compuesto de 30 profesionales de la enfermería, la mayoría de ellos féminas (57%) con una edad promedio de 42 años. La mayoría posee un bachillerato en enfermería (53%) con un promedio de años trabajando de 29 años. En promedio los profesionales de la enfermería tienen 9 años laborando con poblaciones geriátricas. De acuerdo a los datos revelados el 87% de los profesionales de la enfermería perciben que conocen los indicadores suicidas en los ancianos. El personal posee más conocimiento de la Ley 408 que las demás leyes relacionadas al cuidado de ancianos. Los tres principales indicadores de riesgo suicida en los ancianos seleccionados por los participantes fueron los siguientes: 1) Dejar de comer, bañarse y/o tomar sus medicamentos con 90%, 2) Pensar mucho en la muerte y Decir que nadie se preocupa por ellos, y que su vida no vale la pena ambos con un 87%, 3) Hacer comentarios, gestos o demostraciones suicidas con un 83%. Mientras que los factores de riesgos físico seleccionados por los participantes fueron: Enfermedad física crónica con 97%, en riesgo emocional Enfermedades siquiátricas previas con un 87%, y en riesgo social Alejarlo o mudarlo de su casa (desarraigarlo de su familia a otro lugar) con un 90%. Los resultados de la prueba demuestran que los participantes alcanzaron un 67% en el nivel de conocimiento en esa sección. Este es un conocimiento deficiente. Los profesionales de la enfermería que laboran con pacientes geriátricos deben tener conocimiento amplio sobre las leyes aplicables al cuidado y derechos del paciente geriátrico, igualmente debe conocer y poder identificar los indicadores y factores de riesgo suicida en esta población. La falta de este conocimiento le impide en parte, poder aplicar de manera adecuada el proceso de enfermería y el uso del Modelo Psicodinámico de Peplau utilizado en este estudio como marco de referencia.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Abstracto.....	5
Índice de tablas.....	8
Índice de gráficas.....	9
Capítulo I. Introducción	
Antecedentes.....	11
Problema de estudio.....	23
Propósito del Estudio.....	24
Marco teórico.....	25
Relevancia y justificación del estudio.....	28
Pregunta de investigación.....	30
Objetivos.....	30
Definiciones Operacionales de la Variable.....	31
Definiciones del Términos.....	31
Resumen.....	34
Capítulo II. Revisión de literatura	
Introducción.....	35
Literatura relacionada con el tema de investigación.....	35
Investigaciones relacionadas con el tema de estudio.....	63
Resumen.....	74
Capítulo III. Metodología	
Introducción.....	75
Diseño de la investigación.....	75
Población.....	75
Muestra.....	76

Instrumento.....	77
Validación del instrumento.....	77
Modificaciones del cuestionario.....	83
Procedimiento.....	86
Protección a los derechos humanos.....	88
Análisis de los datos.....	90
Resumen.....	91

Capítulo IV: Hallazgos

Introducción.....	92
Presentación de los datos socio- demográficos.....	92
Presentación de datos generales del conocimiento de indicadores suicidas y temas relacionados.....	97
Resumen.....	109

Capítulo V: Discusión de los hallazgos

Introducción.....	111
Análisis de los hallazgos.....	111
Análisis de los datos a la luz del marco teórico.....	119
Implicaciones para enfermería.....	122
Conclusiones.....	123
Limitaciones.....	124
Recomendaciones.....	125

Referencias.....	128
-------------------------	------------

Anejos

Cuestionario.....	133
Consentimiento informado.....	134

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Metaparadigmas del Marco Teórico de Peplau.....	27
Tabla 2. Riesgo de suicidio en la vejez.....	58
Tabla 3. Características comunes en los suicidios según Shneidman.....	62
Tabla 4. Distribución porcentual del panel de expertos por criterio generales para la evaluación del instrumento.....	80
Tabla 5. Características del Cuestionario evaluadas utilizando la técnica de Lawshe.....	82
Tabla 6. Distribución de los participantes de acuerdo al conocimiento general que tienen sobre los indicadores suicidas, adiestramientos y leyes relacionadas.....	97
Tabla 7. Distribución de las respuestas de los participantes sobre el conocimiento que tienen de los indicadores suicidas.....	99
Tabla 8. Distribución de las respuestas de los participantes sobre los factores de riesgos de conducta suicida en los pacientes geriátricos.....	100
Tabla 9. Distribución del número de participantes que contestó las premisas correctas e incorrectas sobre los indicadores suicidas en los ancianos.....	103
Tabla 10. Análisis de las respuestas correctas respecto al conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre los indicadores suicidas.....	104
Tabla 11. Análisis de las respuestas respecto al conocimiento que tiene los profesionales de enfermería sobre las leyes relacionadas con los ancianos y el suicidio.....	105
Tabla 12. Distribución del número de participantes que contestó las premisas correctas e incorrectas sobre los factores de riesgo de conducta suicida en los pacientes geriátricos.....	108

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual del panel de expertos por criterios generales para la evaluación del instrumento (categoría buena y excelente integrada).....	81
Gráfica 2. Distribución de los participantes por género.....	93
Gráfica 3. Distribución de los participantes por edad.....	93
Gráfica 4. Distribución de los participantes por preparación académica.....	94
Gráfica 5. Distribución de los participantes por años trabajando en una institución hospitalaria.....	95
Gráfica 6. Distribución de los participantes por años trabajando con la población geriátrica.....	96

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El suicidio en los ancianos es algo preocupante, el alza en este fenómeno es un indicador de salud mental. Los profesionales de enfermería que laboran en las agencias que brindan servicio a pacientes mentales y a pacientes geriátricos es importante que conozcan los factores precipitantes de las conductas suicidas. Para realizar esta tarea con calidad y eficiencia, es necesario el aprendizaje de conocimientos básicos por parte del profesional de enfermería sobre el suicidio, indicadores suicidas y de aquellas habilidades profesionales las cuales son necesarias, para su detección y enfrentamiento, ya que el profesional de enfermería está más accesible, generalmente el que realiza la labor de cuidado. El profesional de enfermería es parte esencial del grupo de profesionales que trabajan en este nivel de atención. Shneidman (1985) define el suicidio como el acto humano consciente de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para que el acto sea percibido como la mejor solución.

El profesional de enfermería incorpora en su práctica diaria los principios éticos, visión humanística, y un sentido de responsabilidad necesario para proporcionar una atención holística adecuada. De esta forma, puede observar relacionado a aquellos indicadores suicidas en los pacientes bajo sus cuidados, en especial, el paciente geriátrico, conductas o ideas que hacen probable la ocurrencia próxima de un comportamiento suicida el cual puede ser expresado a

través de las señales de peligro y factores de riesgos esenciales. El profesional de enfermería ocupa un lugar de privilegio siendo clave en la atención primaria de salud; en su trabajo diario se comunica con muchas personas y familias que habitan en la comunidad, por lo que con frecuencia observa conductas y actitudes en la población que son indicadores o factores de riesgo para diferentes enfermedades y comportamiento no saludable como el suicidio.

Este proceso posibilita que el profesional de enfermería aumente la calidad de sus observaciones, los diagnósticos necesarios y las intervenciones dirigidas al individuo y a su familia, para enfrentar el comportamiento suicida en cualquiera de las etapas de su evolución natural en el ser humano en especial del paciente bajo sus cuidados. Además, permite la retroalimentación constante para la efectividad de la prevención y la intervención dentro del cuidado de excelencia. Cuando se habla de la población anciana estadísticamente se refiere a personas mayores de 65 años. Cuando se está frente a un anciano o una persona mayor, en general hay dos posibilidades: que se considere a la vejez como sinónimo de sabiduría y experiencia y por el otro lado, como signo de descalificación y de rechazo. Esto es importante poder ser reconocido para cuando sea brindado el cuidado, se observe la necesidad que tiene de ser protegido ante posibles factores y/o indicadores suicidas que presente.

Antecedentes

El término suicidio posee en sí mismo un matiz de violencia y agresividad, porque se trata de una voz formada por analogía con el homicidio.

Fue acuñado por sir Thomas Brown, filósofo y médico inglés en 1642, al escribir su obra *Religio Medici*. Thomas asimiló el suicidio al homicidio al tomar su etimología latina: *sui, de sí mismo; y caedere, matar*. A finales del siglo XVIII empezó a ser utilizado en España y aparece en el diccionario de la Real Academia en la quinta edición, de 1817. Es interesante observar que, hasta entonces, cuando alguien, en cualquier lugar del planeta, quería referirse a la muerte provocada por uno mismo, debía recurrir a una perífrasis, hecho que, de algún modo, revela una intención de mantenerlo oculto o, por lo menos, indefinido (Mosquera, 2002).

La Real Academia Española (2001) define al suicidio como acción y efecto de suicidarse, que es quitarse voluntariamente la vida, y en una segunda acepción como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Con esta segunda acepción, se elimina la obligatoriedad de la muerte, pero se crea un sentido metafórico (*v. gr.* el planteamiento suicida de un partido de fútbol, una estrategia política suicida) (Mosquera, 2002).

El suicidio es un suceso cotidiano y es un hecho inherente a la condición humana. No hay animales que se suiciden (aunque esto podría llevarnos a una discusión muy alejada de nuestro objetivo). Es el nacimiento de la conciencia lo que permite al individuo tener una representación concreta de lo que significa la muerte por mi propia mano. Entre los filósofos ha sido siempre una cuestión fundamental y, especialmente, para los existencialistas, constituye un tema

especial. Por ejemplo, para Jaspers el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana y, en última instancia, la más alta forma de expresión de la libertad de la que dispone el hombre (Mosquera, 2002).

Sin embargo, el suicidio es la forma de muerte más repudiada. A través de la historia siempre ha habido muestras de desprecio para todos aquellos que se suicidan. En Grecia, por ejemplo, les amputaban la mano con la que habían cometido el acto, la enterraban aparte, y el difunto no recibía ceremonia alguna; los atenienses, que tenían la costumbre de orientar el rostro del muerto hacia el oriente, no lo hacían cuando se trataba de un suicida. En Europa, en la edad media, era costumbre arrastrar las cabezas de los suicidas y exponerlas en la plaza pública. En Zurich, cuando una persona se suicidaba por apuñalamiento, se metía un taco de madera en el cráneo del difunto y allí se clavaba el puñal con el que se había suicidado. En Metz, Francia, se metía al suicida en un tonel y se lo arrojaba al río para que se alejara y no volviera (Mosquera, 2002).

Sin embargo, tal y como señala Kreitman citado por Mosquera (2002), la preocupación y fascinación suscitadas por el suicidio a través del tiempo, no ha hecho más que obstaculizar su consideración como un hecho susceptible de ser estudiado con los métodos científicos. Por una parte, el tabú religioso con frecuencia entorpece su consideración racional, y, por otra, el fenómeno de difusión del concepto, no permite abordar en forma adecuada el comportamiento suicida. La extensión de la idea del suicidio en cualquier actividad humana potencialmente dañina es tal, que hoy en día, cualquier acción que suponga un

peligro o menoscabo, se interpreta como una forma de suicidio: conducir rápido, beber alcohol, fumar, comer en exceso, trasnochar, lo cual nos conduce a una generalización y canalización conceptual, que lo hace científicamente intratable. Para estudiar científicamente un hecho es necesario poseer una definición lo más precisa posible. Curiosamente la definición de suicidio más utilizada es la de la Enciclopedia Británica, una definición demasiado simple y que solamente se refiere al acto autodestructivo en sí mismo, sin ningún otro matiz: El acto humano de causar la cesación de la propia vida (Mosquera, 2002).

Por su parte, la definición de suicidio hecha por Durkheim es la utilizada con mayor frecuencia con fines científicos: Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. En esta definición, además de la autodestrucción y la forma en que sucede, es necesaria la intencionalidad del acto (Mosquera, 2002).

La intención del suicidio es quizá lo más complejo y casi imposible de valorar adecuadamente, porque no todos los que sobreviven al suicidio realmente se habían propuesto vivir, ni todas las muertes por suicidio son planificadas, ni todos los que se suicidan lo hacen como un gesto de autodestrucción, porque simplemente lo que buscan algunos individuos al suicidarse es ocultar o apagar su conciencia, no su vida.

¿Cómo se valora la intención? La autopsia psicológica es el único método que permite valorar la intencionalidad del acto suicida. Se trata de reproducir todo lo

que ha hecho o supuestamente ha pensado la víctima mediante el análisis de la información y documentación de que se dispone y de entrevistas a familiares y amigos. Desafortunadamente la aplicación de este método conlleva un importante subregistro de suicidios, porque quienes participan en este proceso tienden a ocultarlo y varios suicidios aparecen como accidentes y algunos, inclusive como muertes naturales. El ejemplo más representativo es el de las sobredosis de drogas, que con frecuencia se registra como muertes accidentales y muy eventualmente, como muertes por suicidio. El porcentaje de subregistro varía según los países, pero se estima que nunca es menor del 50% y en su mayoría existe un trastorno emocional (Mosquera, 2002).

El suicidio está relacionado con las enfermedades mentales, especialmente diagnósticos de depresión mayor y trastornos bipolares. Estos son muy frecuentes en la población anciana en Puerto Rico, aspecto que ha sido materia de preocupación de las autoridades en Puerto Rico. De acuerdo con Cannino et al. (2003) no se tiene disponible al presente estudios epidemiológicos psiquiátricos en la población geriátrica, pero se sabe que en los Estados Unidos entre la población de personas mayores de 65 años un mínimo de 12% de esta población tiene un trastorno psiquiátrico definitivo (Regier et al, 1988), y se estima que entre 15 y 25% tengan un problema significativo de salud mental (US Senate Special Committee on Aging, 1988).

Según el censo del 2000 existen unas 425,137 personas sobre 65 años. Al proyectarse estas cifras a la población puertorriqueña se cree que alrededor de

51,016 de estas personas padecen de un trastorno psiquiátrico definitivo y entre 64,000 y 106,000 envejecientes que podrían tener un problema significativo de salud mental (Departamento de Salud (2009, 2004).

Según el *Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004* o "FY 04" (Fiscal Year, 2004), nos señala que las personas sobre 60 años que recibieron servicios de salud mental en el año natural 2002 por la "Reforma" fueron 23,456 y aquellas personas atendidas por ASSMCA fueron 1,341, dándonos un total de 24,797 personas sobre 60 años atendidas por salud mental. Si se aplican los números estimados de aquellas personas de 64 años en adelante que tienen un trastorno psiquiátrico definitivo que es aproximadamente 51,016 personas esto implicaría que se quedarían sin recibir tratamiento aproximadamente 26,219 personas. Sin embargo, es posible que esta cifra sea mayor ya que el número de personas que recibieron servicios de salud mental (24,797) son de 60 años en adelante y la cifra que se tiene (51,016) son de 64 años en adelante. Tampoco se han comparado las cifras de las personas que recibieron servicios de salud mental con las cifras estimadas de los envejecientes que podrían tener un problema significativo de salud mental (64,000 a 106,000). Estos ancianos son cuidados en diferentes lugares, aunque algunos son abandonados por sus familiares.

En Puerto Rico existe diversidad de hogares de cuidados y/o centros destinados a la población de envejecientes. Al igual, los familiares en muchas

ocasiones, optan por cuidar del mismo en el hogar de residencia u otro hogar del mismo núcleo familiar. Las herramientas de conocimiento que puedan ser de utilidad para el cuidador y/o familiar en el proceso de cuidado, dirigidas esta población con necesidades propias por su longevidad, puede ser el factor clave para que se evite exponer al anciano a malos tratos, al abandono, abusos y a negligencias extremas, que puedan, entre otros, causarle hasta la muerte. El envejecimiento es una manifestación del desarrollo biológico, psicológico y social de los seres humanos en las diferentes manifestaciones de su actividad, modificándose tanto el individuo como su medio. La vejez, última etapa de la vida, es un periodo matizado por una serie de peculiaridades biopsicosociales que ha requerido el desarrollo de áreas médicas especializadas en su estudio (Cruz, 2008).

La vejez no es una enfermedad, es un estado normal de la vida del hombre. A este período de la vida se llega con una amplia gama de minusvalía, que si no se conoce, pueden hacer de la ancianidad una etapa de amargura y sufrimiento que dista mucho de lo que se desea. El anciano asiste poco a poco a pérdidas y limitaciones que día a día la vida le va imponiendo; la depresión es la primera manifestación psicológica que se presenta en él, por lo que los ancianos constituyen una población con riesgos de padecer cuadros depresivos según la necesidad especial, su intensidad y la organización de la personalidad del anciano (Cruz, 2008).

Cumplir 60 años significa entrar en un nuevo periodo del ciclo vital.

Según estudios realizados, comienza una nueva etapa en la vida de las personas en la que se sufrirán crisis, se tendrá tiempo para encontrarse consigo mismo y se percibirá su realidad; es entonces cuando se comienza a tomar conciencia de que la vida está cambiando y experimentaran los cambios físicos que surjan en él (Cruz Rolando, 1992).

Por otro lado, el anciano es un ser socialmente deficiente en el sentido de haber perdido en este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (cónyuge, familiares, amigos, actividades, etc.). Todos estos elementos, además de la jubilación, la pérdida del estatus y de las funciones familiares pueden tornarse peligrosos para el anciano si no se logra encontrar un equilibrio que favorezca su armonía psíquica, conllevando a una alteración afectiva (Cruz, 2008).

A pesar de la población popular del suicidio en la juventud y las numerosas investigaciones en torno a este fenómeno, los ancianos son los que tienen mayores tasas en este aspecto. En la medida en que las personas mayores constituyen el segmento más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción (Pérez Barrero, 1996).

El suicidio es la manifestación más extrema de la violencia por ser la violencia autoinfligida, contra uno mismo y contra los demás. Se observa en personas de todas las edades y los niveles de suicidios tienden a aumentar con la edad. Las tasas más altas se constatan en las personas mayores. Los ancianos de más de 60 años registran una tasa de suicidio que triplica la de las personas cuya edad está comprendida entre 15 y 29 años (Pérez Barrero, 1996, Departamento de Salud, 2009, 2004).

El 90% de los suicidios tienen un diagnóstico psiquiátrico siendo la depresión el trastorno más común y un factor de riesgo de mucho peso. La conducta agresiva (violencia hacia la mujer, los niños, los minusválidos y los ancianos), el uso y abuso de alcohol y drogas con las consabidas secuelas que ello tiene en la familia y la comunidad, también son factores de riesgos. El historial de un intento previo suicida es uno de los pronosticadores de mucha importancia. El método más frecuente en para quitarse la vida es el ahorcamiento el cual es de 61.3% del total de los suicidios. Pero el segundo y tercer método están estadísticamente alejadas, armas de fuego con 14.5% y envenenamiento con 13.3% (Departamento de Salud, 2009, 2004).

Las personas del sexo masculino utilizan métodos de acción rápida, radicales como el ahorcamiento, armas de fuego y explosivos, lo cual hace sumamente difícil o imposible salvarles la vida. El método más frecuente en las mujeres es el envenenamiento (30%) el cual mayormente se deben a sobredosis de medicamentos. Muchas muertes por suicidio pueden evitarse proveyendo

servicios de apoyo, identificación temprana, intervención y manejo especializado. Es indispensable adoptar un enfoque interdisciplinario dirigido a personas, a familias y las comunidades en riesgo, con los profesionales de ayuda. Los centros de salud, las salas de emergencias de los hospitales generales y de los hospitales psiquiátricos tienen la responsabilidad de atender estas situaciones (Departamento de Salud, 2009, 2004).

La oferta y prestación actual de servicios con accesibilidad disponibilidad y premura tiene que ampliarse. La investigación científica y clínica proveerá información para la acción: el diseño a la medida, de los servicios para la persona, la familia, la comunidad en crisis por suicidio. Urge concienciar a la comunidad e interesar a los medios de difusión. Es apremiante capacitar a los profesionales.

Los profesionales de la conducta humana identificados en la "Ley de Salud Mental de" (Ley 408 del 2 de octubre de 2000) no son las únicas personas responsables, por ley, de actuar para evitar un suicidio. El Artículo 90 del Código Penal de dispone:

Toda persona que deliberadamente permita, ayude, aconseje, incite o coaccione a otra para cometer suicidio, si la muerte se hubiese consumado o intentado, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. De mediar circunstancias agravantes la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El Tribunal podrá imponer la

pena de restitución en adición a la pena de reclusión establecida, o ambas penas (33 L.P.R.A. Sec. 1385).

Por lo tanto, la prevención del suicidio no es solamente una responsabilidad moral sino legal en La Ley 227 aprobada el 12 de agosto de 1999, creó la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio. Tiene la responsabilidad de establecer y articular la política pública y el mandato de promover, desarrollar, implantar y coordinar acciones y estrategias para la prevención del suicidio en La celebración de la Semana Nacional para la Prevención del Suicidio (2da semana de agosto cada año), el Día Nacional para la Prevención del Suicidio (12 de agosto), el Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre), el Día Alerta por Navidad (primera semana de diciembre) son algunas de las acciones preventivas establecidas desde el año 2001.

El adiestramiento de funcionarios públicos y profesionales de ayuda se ha estado promoviendo entre las once agencias que integran la Comisión. Urge el desarrollo de servicios para atender a personas en crisis y a sus familias para facilitar su recuperación y su reincorporación a la vida social productiva, sin estigmas. El establecer los protocolos para la identificación, evaluación, intervención, manejo y prevención del suicidio es responsabilidad de la Comisión. El Departamento de Salud cuenta con los servicios de la Línea PAS (ASSMCA) Primera Ayuda Psicosocial y la Línea Interactiva ambas tomando contacto con personas en riesgo de suicidio y con otras necesidades de salud.

Sigue siendo urgente la creación de más servicios, la capacitación de profesionales, las campañas masivas dirigidas a personas, familias y comunidades. Es apremiante que las aseguradoras tengan en su cubierta de salud la atención a personas con problemas emocionales y a personas que exhiben comportamiento suicida, sea expresado como idea de suicidio, amenaza, intento o muerte por suicidio. Es indispensable dar a conocer la responsabilidad clínica de cada profesional que interviene con el suicidio. Es obligado coordinar los servicios con escuelas, comunidades, grupos religiosos, grupos de apoyo y las universidades. Un enfoque integrador e interdisciplinario bajo el liderazgo del estado garantiza un abordaje correcto, propio, hecho a la medida de cada persona, familia o comunidad. Integrar esfuerzos y recursos permitirá salvar vidas.

En Puerto Rico hay más suicidios entre los ancianos que entre los jóvenes. Los reveladores datos estadísticos establecen que uno de cada cuatro intentos de autoeliminación se concreta en la franja etaria situada entre los 65 y los 80 años de edad, mientras que entre los jóvenes, sólo prospera una de cada doscientas tentativas (Pérez Barrero, 1996, Cruz Rolando, 1992). Esto a pesar de las leyes que se han desarrollado para proteger a los ancianos y las enmiendas que ha sufrido la Ley 116 de Salud Mental en Puerto Rico dirigida a mejorar estos servicios. Por eso, es que en el siglo XXI es necesario que el profesional de enfermería sin importar su escenario de trabajo en el cual reciba o atienda ancianos conozca las

señales de suicidio en esta población, aspecto que es determinante para el problema investigado.

Problema de estudio

El problema de estudio era determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería ante indicadores suicidas en el paciente geriátrico. Este problema plantea que ante el aumento de los suicidios en Puerto Rico de los pacientes de edad avanzada es necesario la capacitación y reconceptualización del tema en los profesionales de la enfermería, para que estos se conviertan en el personal clave para la identificación de los posibles atentados suicidas.

Los profesionales de enfermería son catalogados como una profesión de ayuda, la cual sirve a poblaciones a riesgo (Boyd, 2005). En Puerto Rico la población de enfermos mentales es categorizada como una a riesgo y con una tendencia a presentar ideas suicidas. La mayoría de los pacientes geriátricos que recurren al suicidio sufren trastornos mentales. Dichas condiciones mentales han ido en aumento en la última década lo que supone un grave problema en Puerto Rico.

Actualmente, la tasa de enfermedades mentales en adultos en Puerto Rico ha sido estimada para el 2007 en un 7.8% de la población (personas de 18 años o más) por el *Center for Mental Health Services*. De acuerdo con esta agencia existen unas 304,840 personas con enfermedades mentales en Puerto Rico, sin incluir las adiciones al alcohol ni drogas. Además, según Departamento de Salud en el 2004 (números más recientes disponibles), hubo 17,156 admisiones en hospitales

psiquiátricos generales, mientras que 1,225 fueron admitidos en hospitales psiquiátricos forenses y correccionales.

Para el 2009, de acuerdo a las últimas estadísticas disponibles del Departamento de Salud se suicidaron 314 personas de estas 90 ocurrieron en personas mayores de 60 años siendo un porcentaje alarmante (29%) en comparación con el resto de la población. Por ser la población geriátrica una población a riesgo (mayor de 65 años) es necesario que el personal reconozca los indicadores que pueden precipitar al anciano a cometer esta conducta autodestructiva. Según Boyd (2005) los profesionales de la enfermería que no conocen los indicadores para detectar las ideas suicidas en sus pacientes ponen a riesgo a esta población de sufrir daños graves o hasta la muerte. De hecho, la causa mayor de muerte de los pacientes psiquiátricos en los hospitales es el suicidio, especialmente de los geriátricos.

El determinar el conocimiento de este fenómeno en el profesional de enfermería se hace necesario para la implantación de medidas de prevención y el uso adecuado de modelos de enfermería que permitan una intervención adecuada en estos casos. El uso del Modelo de Peplau por ejemplo se convierte en parte esencial de este estudio, el cual fue tomado como base para el desarrollo del marco conceptual.

Propósito del estudio

El propósito de la investigación era determinar el nivel de conocimiento que tenía el profesional de enfermería en relación a los indicadores suicidas que

pueden presentarse en el paciente geriátrico en algún momento determinado. El suicidio es la modalidad más extrema de violencia, es la violencia contra sí y se puede producir en cualquier persona, independientemente de su edad, nivel socioeconómico, educación y orientación filosófica o religiosa. Este comportamiento es un importante problema de salud a nivel mundial y su etiología es multifactorial, por lo que para lograr su disminución es necesario el esfuerzo en conjunto de la sociedad y comunidades en general. La prevención del suicidio, incluyendo aquellos indicadores que pone de manifiesto señales de peligro en el paciente, en especial, la población geriátrica, está encuadrada en la salud del pueblo, por lo que en ella desempeñan sus funciones el profesional de enfermería.

Marco teórico

En esta investigación se utilizó como marco teórico el Modelo de Relaciones Interpersonales de Hildergard Peplau (1953). Peplau (1953) considera al individuo como un ser holísta con unas necesidades humanas básicas. Estas necesidades son las demandas fisiológicas y las condiciones interpersonales, utilizando métodos y principios que guían el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales. Según ésta, enfermería psicodinámica no solo aporta el conocimiento necesario al intervenir en la relación enfermera-paciente, sino también, el comportamiento, conducta y sentimientos de ambos, en donde se determina la edad del sujeto, la intervención de enfermería y el resultado propuesto. Por otro lado, Peplau (1953) visualiza a la/el enfermera(o) en esta

relación como instrumento educativo, una fuerza madura, que pretende promover el desarrollo de la personalidad en dirección a un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, personal y comunitario. Esto se logrará mediante el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber: (1) Orientación; (2) Identificación; (3) Exploración; (4) Resolución la cual éste último explora la respuesta selectiva del paciente frente a la ayuda ofrecida.

La Orientación está dirigida a la búsqueda de la ayuda profesional por parte del paciente en la necesidad percibida buscando la asistencia profesional en donde la /el enfermera (o) ayuda a reconocer y entender su problema. Este principio asegura que el profesional evalúa mediante la observación directa, indirecta, y de mayor demanda, para mejorar el beneficio que recibirá el paciente ante la necesidad primordial. Es responsabilidad primordial del personal de enfermería la integridad de todas las demandas físicas y psicológicas que manifieste el paciente ante los indicadores reales y potenciales en la exacerbación clínica. La Identificación está relacionada a la facilitación en la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad ante alteraciones del contenido del pensamiento.

Se identifica el problema para que el paciente pueda responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En la Exploración, el paciente intenta obtener el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación. En este momento el paciente puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las

observaciones del profesional pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto al profesional de enfermería. En la Resolución, las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adopta otras nuevas. En ésta, el mayor logro para el profesional de enfermería en la relación interpersonal con el paciente, es observar un proceso de liberación, logro de éxito y la independencia de éste ante ideas y/o indicadores que podrían haberle estado afectando sobre una posible autoagresión destructiva. Esto puede evidenciarse a través del análisis de los metaparadigmas de la teorizante Peplau, presentados por R.L. Wesley (1997), los mismos se resumen en cuatro conceptos (Tabla 1):

Tabla 1: Metaparadigmas del Marco Teórico de Peplau

Metaparadigmas	
Persona	Un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades la persona vive en un equilibrio inestable.
Entorno	La enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.
Salud	Concepto que implica un movimiento dirigido a la personalidad y a otros movimientos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, personal y en comunidad. La salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del Proceso Interpersonal.
Enfermería	Proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Nota: Tomado de R.L. Wesley (1997),

Peplau enfatiza a través de su metaparadigma, que el mantenimiento de la integridad social está relacionado con la identidad la cual sitúa las personas dentro de una familia y una comunidad, con una determinada herencia cultural

y creencias religiosas, un nivel socioeconómico y nivel educativo específico. Vivir con éxito en este entorno depende del desarrollo de unas conductas apropiadas para el grupo social de acuerdo a sus valores éticos en el compromiso dirigido al paciente de edad avanzada.

R. L. Wesley (1997) indica que para Peplau (1953) es indispensable la relación terapéutica como proceso básico buscando proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que el profesional de enfermería debe de aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo que estos problemas pueden solucionarse.

Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de crear empatía con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran. Peplau (1953) afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada y/o porque la atención produce frustración y conflicto en el mismo.

Relevancia y justificación del Estudio

La relevancia de la investigación tiene como importancia determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería y cuán preparado está ante los indicadores suicidas manifestados y/o puedan manifestarse de la población

geriátrica de 65 años en adelante, y de la importancia de éstos para determinar los factores de riesgos asociados.

Constituye un aspecto fundamental en la prevención así como la elaboración de programas y talleres preventivos eficaces que disminuyan el impacto de la problemática suicida en el país, en especial el paciente de la tercera edad. El estudio proveerá un marco de referencia para establecer futuros talleres a los profesionales de enfermería sobre alteraciones y posibles factores desencadenantes que estén o puedan alterar la conducta emocional del anciano.

La pronta identificación y actuación dentro del estimado de enfermería será de gran utilidad en conjunto con las leyes establecidas, dirigidas al paciente geriátrico para su protección y derechos; (Ley Núm. 121 del 12 de julio de 1986, conocida como La Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada, Ley Núm. 408 del 2 de julio de 2000, conocida como la Ley de Salud Mental de Puerto Rico y Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007 conocida como la ley de la Oficina del Procurador para los Asuntos de la Vejez).

Estas en conjunto al cuidado de salud ofrecido por parte del profesional, han sido creadas bajo los derechos del paciente a un tratamiento digno en la atención de salud física y mental. Por lo tanto, los deberes y responsabilidades del profesional de la salud en la asistencia dirigida a la población en general, las cuales protegen e incluye estas leyes de igual forma, al paciente geriátrico. Salvaguardar sus derechos en los cuidados recibidos al amparo de éstas; hacer tratado con dignidad, respeto, confiabilidad, confidencialidad y privacidad en

la atención médica psiquiátrica y de salud en general recibida para esta población con necesidades específicas, serán de mayor utilidad en la remisión de síntomas dentro de la exacerbación que pudiera experimentar en algún momento dado física y mentalmente.

De hecho, con los datos de este estudio se pudieron contestar las preguntas y objetivos de investigación que subyacen como parte de la elaboración de un plan de acción para permitir educar de manera efectiva a los profesionales de la enfermería basado en datos científicamente validados.

Pregunta de Investigación

La pregunta de investigación fue:

¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico?

Objetivos:

Los objetivos de la investigación fueron:

1. Determinar el conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico.
2. Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería acerca de las Leyes Núm. 121 del 12 de julio del 1986, Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000 y Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007.
3. Determinar el conocimiento sobre los factores físicos, sociales y emocionales del paciente geriátrico relacionado con el suicidio.

Definición operacional de la variable

1. Conocimiento- Conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones afectivas (Daedalus, 2006). Para fines de esta investigación el nivel de conocimiento será medido a través de un cuestionario y significa aquel que se muestra luego de que el profesional de enfermería complete un cuestionario relacionado con el tema de estudio.

Definiciones de términos

1. Indicadores suicidas- Es la manera de advertir, indicar y manifestar mediante señales y/o características verbal o no verbal, conducta de autoagresión física (Mosquera, 2001). Relacionado al paciente, el profesional de enfermería observa estos indicadores los cuales pueden ir acompañados de fuertes angustias, vivencias, soledad, enfermedad, abandono familiar, pérdida del cónyuge etc., en donde el paciente pide ayuda de cualquier forma directa o indirectamente (Peplau, 1953).
2. Tercera edad- Es un término inotrópico social que hace referencia a la población de personas mayores, no necesariamente jubilados, normalmente de 65 o más años (Daedalus, 2006). En la población geriátrica se observa específicamente a partir de los 65 años de edad el declive de las funciones biológicas, físicas, cognitivas y de autocuidado en las necesidades básicas de subsistencia (Orem, 1971).

3. Estado suicida- Tiene varios estadios que va desde la consideración de éste como una acción posible hasta la adopción de la decisión con los planes, preparación previa y la aparición de calma repentina (Blanca Casas, 1998).
4. Intento de Suicidio- Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia. Un intento puede fallar por múltiples causas: porque no existió una firme decisión de hacerlo, por la levedad del intento y/o por la rápida actuación de otras personas para evitarlo (Mosquera Del Águila, 2001).
5. Ley Núm. 121 del 12 de julio de 1996- Carta de Derechos de las Personas de Edad Avanzada. El Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce su responsabilidad de proveer, hasta donde sus medios y recursos lo hagan factibles, las condiciones adecuadas que promuevan en las personas de edad avanzada el goce de una vida plena y el disfrute de sus derechos naturales, humanos, legales, el acceso y la utilización óptima de los mejores servicios de salud (Puerto Rico, Lex Juris 1996). Para el profesional de la enfermería es de suma importancia reconocer estos derechos de salud dirigida y específicos para esta población, reconociendo las responsabilidades éticas y legales al brindar servicios de primera.
6. Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000- Conocida como La Ley de Salud Mental de Puerto Rico. Fue creada para establecer las necesidades de

prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación en la salud mental (Puerto Rico, Lex Juris, 2000). Para el profesional de la enfermería, el observar dentro de los cuidados ofrecidos estableciendo prioridades en el cuidado del paciente, podrá observar, y de acorde con lo antes indicado, por este ser un asunto de importancia y de gran interés en la relación profesional, sin olvidar sobre la salud mental, es el elemento matriz de la sana convivencia en la calidad de vida de los seres humanos.

7. Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007- En el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, se crea mediante esta ley La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada. Dispone que la oficina tendrá la responsabilidad de servir como instrumento de coordinación para atender y viabilizar la solución de los problemas, necesidades y reclamos de las personas de edad avanzada en las áreas de la educación, la salud, el empleo, vivienda etc. Así mismo, tendrá la responsabilidad de establecer y llevar a cabo un programa de asistencia, orientación y asesoramiento para la protección de los derechos de las personas de edad avanzada (Puerto Rico Lex Juris, 2007). Por lo tanto, el profesional de la enfermería, identifica estos factores para poder atender el problema desde una perspectiva correcta adoptando modelos que contribuyan a minorar la incidencia que pueda ocurrir sobre los derechos, deberes y responsabilidades en el paciente geriátrico.

Resumen

En este capítulo se presentaron los antecedentes del estudio que demuestran que existe un problema de ancianos suicidas y que el profesional de enfermería puede ser un personal clave en el proceso de prevención. El aumento de suicidios en esta población es indicativo de que hay que desarrollar medidas alternas innovadoras que ayuden a minimizar este problema social existente en Puerto Rico.

CAPITULO II

REVISION DE LITERATURA

Introducción

A continuación se presenta la revisión de literatura relacionada con el tema del estudio. En la misma se enfatiza la importancia de entender los cambios que ocurren en el anciano que lo pueden llevar al suicidio, el cual va atado al conocimiento del profesional de la enfermería, quien es responsable de identificar los indicadores suicidas para prevenir este desenlace en la población bajo estudio.

Literatura relacionada con el tema de investigación

De acuerdo al reporte del Departamento de censo de Estados Unidos están ocurriendo cambios dramáticos en edad (He, Segunpta, Velkoff, DeBarros, 2005). Hoy por hoy los envejecientes en América están viviendo por más tiempo, tienen altos niveles de incapacidad, tienen altos niveles de educación y viven menos en la pobreza. Se espera que la población sobre los 65 años de edad se duplique en los próximos veinticinco años. Para el 2030, casi una quinta parte de la población estará sobre los 65 años de edad. Actualmente, 14 millones de personas con 65 años ó más reportan algún nivel de incapacidad, principalmente relacionadas a condiciones crónicas como enfermedades del corazón, artritis y ataques cerebrales. Esto produce en el viejo múltiples efectos en los que sobresale su estado emocional. La depresión, junto a

la soledad y desesperanza son aspectos que precipitan al desarrollo de ideas suicidas, intentos suicidas y el suicidio.

Ante estos eventos mencionados los viejos recurren a un sin número de medicamentos que en ocasiones lo que resulta un mayor deterioro de su condición emocional. Se ha comprobado que independientemente exista o no trastornos psiquiátricos, las píldoras para dormir cuadruplican el riesgo de suicidio en los mayores, según un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Gotemburgo (Suecia) y publicado en el último número de la revista *BioMed Central Geriatrics* (2009;9:20). Los resultados muestran que, incluso después de tener en cuenta la presencia de trastornos psiquiátricos, los sedantes e hipnóticos se asocian con un mayor riesgo de suicidio (JANO, 2009).

Según sugieren los investigadores, los fármacos podrían aumentar el riesgo de suicidio al desencadenar conductas impulsivas o agresivas o proporcionar los medios para que las personas tomen una sobredosis. Asimismo, también señalan la posibilidad de que estos fármacos podrían ser marcadores de algunos otros factores asociados al riesgo de suicidio, caso de la enfermedad somática, la discapacidad funcional, los trastornos alcohólicos, los problemas interpersonales, la carencia de apoyo social o las alteraciones del sueño. En definitiva, como dicen los investigadores, que dadas las altas tasas de prescripción de estos medicamentos, se debería realizar siempre una evaluación del riesgo de suicidio antes de recetar un sedante o hipnótico a una persona mayor (JANO, 2009).

No solo los medicamentos para dormir duplican o triplican el riesgo de suicidio, también se ha comprobado que el trastorno bipolar multiplica por diez veces el riesgo de suicidio. Según la revista Elsevier (2006) el intento de suicidio en ancianos suele ser más letal que en las personas más jóvenes. La prevalencia de ideas suicidas en pacientes ancianos ambulatorios varía del 1 al 12 % - según el método utilizado para el diagnóstico, y la prevalencia de desesperanza, ideas de muerte, incidencia de intentos de suicidio y pensamientos de suicidio son mayores en ancianos con depresión que en ancianos no deprimidos.

De acuerdo con los expertos sobre el tema, una evaluación clínica minuciosa permite evaluar el riesgo de suicidio a corto y largo plazo, y determinar el tratamiento acorde a esto. Existen guías publicadas para la evaluación y el manejo de pacientes ancianos con alto riesgo de suicidio. La evaluación de la ideación suicida es la parte fundamental para medir el riesgo. Sobre todo en el caso de pacientes ancianos, es fundamental obtener datos de familiares, amigos u otros informantes, sobre todo en los pacientes que el médico considera de alto riesgo y niegan ideas de suicidio (Elsevier, 2006).

En ancianos, es particularmente importante diagnosticar síntomas psiquiátricos como desesperanza, impulsividad o agitación, que se han relacionado con intentos de suicidio en ancianos; intentos de suicidio previos o de conductas autodestructivas, antecedentes de enfermedades psiquiátricas y sus tratamientos, internaciones previas, enfermedades coexistentes, sobre todo trastornos visuales, dolor severo, enfermedades neurológicas, enfermedades

terminales y la presencia de armas de fuego en la casa. Esto último, sería un factor de riesgo independiente de suicidio en ancianos (Elsevier, 2006).

En ancianos, el riesgo de suicidio es mayor en pacientes con trastornos del ánimo severos y recurrentes, como depresión unipolar o bipolar. Otros factores de riesgo para suicidio en ancianos son sexo masculino, pérdida del cónyuge, edad avanzada, divorciados o viudos, antecedentes familiares de suicidio, sobre todo en familiares de primer grado. Los pacientes con alto riesgo de suicidio deben ser derivados a un psiquiatra. Aunque no hay evidencia que demuestre la internación psiquiátrica como método para prevenir el suicidio, este es el tratamiento habitual para pacientes de alto riesgo. Hay pocos estudios empíricos sobre intervenciones para la prevención de suicidio en ancianos. El ambulatorio sería una excelente oportunidad para la prevención, ya que hay estudios que muestran que un número importante de pacientes ancianos que se suicidan, han consultado a su médico de cabecera en los meses previos a la muerte. La depresión mayor es la enfermedad más importante en cuanto a su asociación con el riesgo de suicidio. Su diagnóstico y tratamiento adecuados son fundamentales, aunque no suficientes para la prevención de suicidios (Elsevier, 2006).

Cuando un anciano considera el suicidio se siente desamparado y no son capaces de ver soluciones alternas a sus problemas. La conducta suicida está más frecuentemente relacionada a un desorden mental (depresión) o al alcohol o al abuso de otra sustancia. La conducta suicida es además más probable que ocurra cuando las personas están experimentando situaciones de estrés (pérdidas

importantes, encarcelamiento). Como ya se sabe, las armas de fuego son el método de suicidio más comúnmente utilizado por hombres y mujeres, constituyendo el 60 por ciento de todos suicidios. Cerca del 80 por ciento de los suicidios con armas de fuego son cometidos por hombres blancos. El segundo método más comúnmente utilizado entre los hombres es el ahorcamiento; entre las mujeres, el segundo método de suicidio más utilizado es el envenenamiento incluyendo la sobredosis de drogas. Se han encontrado que la presencia de armas de fuego en el hogar es un factor independiente de riesgo de suicidio. Así, que cuando un miembro de la familia o proveedor de servicios de salud se encuentra con un individuo en riesgo de suicidio, deberán asegurarse que las armas de fuego sean removidas del hogar. De hecho, más de cuatro veces el número de hombres mueren por suicidio que mujeres pero, las mujeres intentan suicidarse más frecuentemente que los hombres en el transcurso de sus vidas, y la incidencia de depresión se reporta más altas entre las mujeres.

De acuerdo con Elsevier (2006) existe la percepción común que la tasa de suicidio es más alta entre los jóvenes. Sin embargo, son las personas mayores, particularmente los hombres blancos de más edad los que exhiben la mayor tasa de suicidio. Y entre los hombres blancos de 65 años y mayores, el riesgo aumenta con la edad. Mientras que entre los hombres de 85 años de edad y mayores la tasa de suicidio es seis veces la tasa nacional. Algunos ancianos tienen menos posibilidad de sobrevivir a un intento de suicidio por que su recuperación es menos probable. Más del 70 por ciento de los ancianos víctimas de suicidio

visitaron a sus médicos en el mes de su muerte, muchos no le dijeron al médico que estaban deprimidos ni el médico lo detectó. Fenómeno que también ocurre con el profesional de la enfermería, esto ha dirigido a los investigadores a determinar cómo mejorar la habilidad de los médicos para detectar y tratar la depresión en adultos mayores de edad.

Aunque la mayoría de las personas que tienen depresión no se suicidan, al compararse con personas que no padecen de depresión, padecer de depresión mayor aumenta el riesgo de suicidio. El riesgo de muerte por suicidio puede, en parte, estar relacionado a la severidad de la depresión. Los datos nuevos sobre la depresión de personas que han sido estudiadas por un largo periodo de tiempo sugieren que cerca del 2% de las personas que alguna vez fueron tratadas por depresión en consultorios ambulatorios morirán por suicidio. Entre aquellas tratadas alguna vez en hospitales para pacientes internos, la tasa de muerte por suicidio es dos veces más alta (4%). Para las personas tratadas por depresión, como paciente interno, después de una ideación de suicidio o intento de suicidio la probabilidad de muerte por suicidio es tres veces más alta (6%) que para aquellas que sólo fueron tratadas como pacientes ambulatorios. Existen también diferencias dramáticas entre los sexos, durante el transcurso de la vida, en el riesgo de suicidio por depresión. Mientras cerca del 7% de los hombres con un historial de vida con depresión cometerán suicidio, sólo el 1% de las mujeres con el mismo historial de depresión morirán por suicidio. Otra forma de pensar sobre el riesgo de suicidio y la depresión es examinar la vida de las personas que han

muerto por suicidio y ver que proporción estaban deprimidas. Desde esta perspectiva, se estima que cerca del 60% de las personas que cometen suicidio han tenido un trastorno del humor (depresión mayor, trastorno bipolar, distimia).

Ante la complejidad de la conducta suicida en ocasiones se hace muy difícil prevenir el suicidio. En el presente no hay una medida definitiva para prevenirlo. Los investigadores han identificado los factores que colocan a un individuo en alto riesgo de suicidio, pero muy pocas personas con estos factores realmente cometerán suicidio. Los factores de riesgo incluyen enfermedades mentales, abuso de sustancias, intentos de suicidio previos, historial familiar de suicidio, historial de abuso sexual, y tendencias impulsivas o agresivas. El suicidio es un evento relativamente raro y es por eso, difícil predecir cuáles personas con factores de riesgo ultimadamente cometerán suicidio. Aquí estriba una de las dificultades en los profesionales de la salud cuando tratan personas a riesgo de suicidio como los ancianos. El desconocer los factores de riesgo, los signos y síntomas asociados a este fenómeno hacen difícil que el profesional de la salud pueda hacer intervenciones apropiadas y aceptables para manejar esta conducta tan peligrosa durante la hospitalización de un anciano en cualquier unidad de servicio.

De acuerdo con Elsevier (2006) algunas veces, hasta los profesionales de la salud tienen dificultad para determinar qué tan cerca puede estar una persona de intentar suicidarse. Si se percibe que hay un problema, se deben hacer preguntas

directas a la persona y señalar las actitudes que le preocupan. Los aspectos que pueden ofrecer información a los profesionales de la enfermería de que puede existir un riesgo real de suicidio en un anciano son los siguientes:

1. **Sentimientos de desesperación y desesperanza**
2. **Encargándose de los asuntos personales.** Cuando una persona está "resolviendo todos sus asuntos" y haciendo arreglos para el bienestar de su familia para cuando él o ella ya no esté.
3. **Hablando en detalle sobre el suicidio.** Hablar detalladamente sobre el suicidio o sobre métodos específicos para hacerlo, también es un indicativo de que se ha decidido realizarlo.
4. **Abuso de drogas o de alcohol.** Una persona con una depresión que se agrava, puede abusar de las drogas o del alcohol.
5. **Comenzando a sentirse mejor.** Una persona que padece de depresión puede tener más probabilidades de intentar suicidarse en el momento en que parece que él o ella ha superado la crisis y que está recuperándose. Aunque la depresión comience a desaparecer, es probable que la energía y la capacidad de planificación de una persona regrese antes de que los pensamientos suicidas desaparezcan, aumentando las posibilidades para el intento.

Por eso, es importante que el profesional de la enfermería conozca y reconozca las Señales de advertencia de la conducta suicida. Estas se consideran como cualquier persona puede manifestar estos comportamientos por sí solos, o

por poco tiempo. Sin embargo, si alguien experimenta varios de ellos a la vez y duran más de unas cuantas semanas, esto puede indicar que existe un problema serio. Las señales de advertencia pueden incluir:

- Problemas para dormir y comer.
- Alejarse de los amigos, la familia y las actividades.
- Consumo excesivo de alcohol o uso/abuso de otras sustancias.
- Cambio de apariencia muy notorio.
- Poca concentración.
- Cambios de humor, como por ejemplo llorar o mostrar una violencia impredecible.
- Conductas de alto riesgo.

De hecho, además de lo expresado anteriormente los profesionales de la enfermería, deben considerar las señales de alarma de que alguien puede estar en crisis incluyen:

- Hacer comentarios, gestos o demostraciones suicidas.
- Pensar mucho en la muerte o en el suicidio.
- Regalar efectos personales.
- Decir que nadie se preocupa por ellos y que su vida no vale la pena.
- Alegría repentina después de un periodo de depresión.
- Tener un plan específico para suicidarse.

Según Esquirol y Herrero Vidal (2006) el suicidio en la ancianidad es sólo la punta del iceberg de los problemas físicos, psicológicos y sociales de esta franja

de edad en los países desarrollados. A menudo la desesperanza y los sentimientos suicidas se han considerado parte del envejecimiento y causados por la propia ancianidad y por la aparición de dependencias. Incluso en la antigua Grecia esta actitud era no sólo tolerada, sino que se permitía el suicidio asistido a los ancianos que lo deseaban y demostraban que su papel en la sociedad no tenía utilidad. Los pacientes en edad geriátrica presentan un índice de suicidios superior a cualquier otro grupo de edad; es un mito la creencia que los pacientes ancianos se suicidan en menor proporción que los pacientes más jóvenes (Esquirol y Herrero Vidal, 2006).

De acuerdo con Pérez Barrero (1996) el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").

- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida. Sumamente grave.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementa el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

En los países desarrollados el suicidio suele estar entre las diez causas de muerte más frecuentes. Incluso se considera que las cifras reales de suicidios pueden ser muy superiores a las estimadas estadísticamente, por posibles errores en la catalogación de las causas de muerte. Así, a menudo puede suceder que un anciano que haya fallecido aparentemente por causas diferentes, en realidad haya sido víctima de un comportamiento suicida. Sin embargo, este tema recibe poca atención por parte de la investigación, los medios de comunicación o en la aplicación de medidas preventivas (Esquirol y Herrero Vidal, 2006).

En todas las etapas de la vida deben tenerse muy en cuenta las amenazas de suicidio, ya que muy a menudo las personas que amenazan con el suicidio acaban intentándolo realmente. Esta relación entre las amenazas y los intentos

suicidas es máxima en pacientes ancianos. Así, otro mito a descartar es la idea que la persona que amenaza con suicidarse no lo hará. El síndrome depresivo y el suicidio son dos entidades sumamente ligadas, aunque no todos los pacientes que intentan o consiguen suicidarse han presentado previamente síntomas ligados a la depresión. Se considera la continuidad del pensamiento que va desde los sentimientos de desesperanza, de que la vida no tiene sentido, el deseo pasivo de morir, el pensamiento suicida, la elaboración de planes suicidas, los intentos de suicidio y la consecución del objetivo suicida.

En pacientes ancianos hay que tener en cuenta el alto índice de éxitos que tienen las tentativas de suicidio: en ancianos que intentan suicidarse es mucho mayor el grado de consecución del hecho que en edades más jóvenes, en las cuales son mayor proporción las tentativas de suicidio que no acaban en la muerte de la persona (Esquirol y Herrero Vidal, 2006).

Los factores de riesgo más importantes para que un anciano presente una ideación y un comportamiento suicida son:

1. Factores físicos: La edad (el riesgo es superior alrededor de los 65 - 70 años, con la llegada de la jubilación y el ingreso a la categoría de anciano), el sexo (especialmente en varones), enfermedad física crónica que puede desarrollar síndrome depresivo y/o sufrimiento físico prolongado.
2. Factores psíquicos: Antecedentes previos de intentos de suicidio, enfermedades psiquiátricas de base, en especial la depresión, y la situación de duelo por pérdida de un ser querido.

3. Factores sociales: El estado civil (viudo, soltero o separado en los hombres, indiferente para las mujeres), la falta de integración social, el bajo nivel económico, la falta de protección social, el desarraigo o el abandono del domicilio familiar.

En personas ancianas puede darse la presentación de dos tipologías básicas de comportamiento suicida: 1) El suicidio activo mediante autolesión directa, por la cual el anciano pretende suicidarse a través de métodos violentos. En esta franja de edad los comportamientos suicidas suelen presentar métodos violentos y así asegurar el objetivo final (ahorcamiento, armas de fuego, precipitación desde grandes alturas o el envenenamiento). 2) El suicidio pasivo silencioso es menos llamativo pero muy frecuente también en la vejez; son métodos sin violencia directa y los más comunes son el abandono de las necesidades básicas para la supervivencia (negación ante la alimentación) o el incumplimiento terapéutico expreso en tratamientos farmacológicos esenciales. Estos métodos suelen darse con más frecuencia en sufrimientos psíquicos intensos y prolongados como enfermedades físicas, soledad extrema o pérdida de la autoestima en grado profundo. El suicidio pasivo es tan letal para la persona anciana como el suicidio activo, con el agravante de su sutilidad que a menudo pasa desapercibido por los allegados y por los profesionales que no prestan la suficiente atención (Esquirol y Herrero Vidal, 2006).

La prevención del suicidio en la tercera edad pasa por la detección y el tratamiento exitoso del síndrome depresivo y las medidas encaminadas a la

mejora del estado físico, psíquico y social de las personas ancianas para lograr un envejecimiento más saludable serán también de gran importancia (programas de ejercicio físico, dieta adecuada, de modificación de los hábitos y estilos de vida, de tratamiento de las enfermedades y de integración social). El suicidio en el anciano es un fenómeno complejo y multifactorial, en la que los programas de detección, de prevención y tratamiento del riesgo suicida deben centrarse en la población anciana por su mayor riesgo de suicidio. La necesidad de detección y terapia del síndrome depresivo y de los sentimientos suicidas, especialmente en quienes presentan factores de riesgo adicionales, será fundamental para la reducción de los suicidios en la tercera edad (Esquirol y Herrero Vidal, 2006).

Tango (2009) hablando del tema sobre el comportamiento suicida, señala que el suicidio es un acto en el cual deliberadamente se quita la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente mortales, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada. Añade que sus causas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Más del 90% de todos los suicidios se relacionan con un trastorno emocional u otra enfermedad mental. Además, enfatiza que la tasa más elevada de suicidio está entre las personas ancianas, pero ha habido un aumento continuo entre adolescentes.

Tango (2006) identifica los signos críticos que debe observarse en una persona, para saber si esta en peligros de cometer un suicidio. Él le llama los signos críticos, los cuales se mencionan a continuación:

1. Intentos directos de cometer suicidio
2. Amenazas directas o indirectas de cometer suicidio
3. Regalar pertenencias, intentos de "poner en orden asuntos personales"
4. Cambio de conducta repentino, especialmente de calma después de un período de ansiedad

Gutiérrez Zurbarán, Gil Rojo, Jiménez Acosta y Lugo Jauriga (2000)

realizaron un estudio descriptivo retrospectivo del total de defunciones por suicidio ocurridos en Manicaragua (1992-1999) Villa Clara, ascendente a 40 casos de la tercera edad, con el objetivo de determinar si el estado depresivo y las enfermedades crónicas invalidantes son factores de riesgo en ancianos.

Analizamos variables epidemiológicas y socio-culturales. Concluyendo que en los 8 a estudiados, 1992 no tuvo suicidas de la tercera edad, el método ahorcamiento en 77,5 %; el estado depresivo predominó con 65,0 % y enfermedades crónicas invalidantes con el 35,0 %.

De acuerdo con estos autores, el suicidio constituye una importante causa de defunción y un gran problema a la Salud Pública; la OMS estima que 1 000 personas cuando menos se suicidan cada día y alerta sobre el incremento de las tasas. Los seres humanos en una situación conflictiva, se sienten frustrados o deprimidos o sienten miedos imaginarios difíciles de combatir por el

razonamiento, la edad avanzada y los cambios que le son inherentes traen consigo trastornos emocionales con profundas implicaciones, es necesario investigar las causas suicidas en proporciones entre personas viejas. El estado depresivo (ED) y enfermedades crónicas invalidantes (ECI), son los factores de riesgo suicida principales en la tercera edad en el municipio estudiado. Se concluye que los grupos de personas mayores de 60 a fueron las más afectadas respecto a cualquier otro grupo de edades, esto coincide con otros autores.

El estudio demostró que se comete más suicidio en el género masculino que en el femenino a pesar de que cometen más intentos suicidas las mujeres que los hombres y en las edades por encima de 60 a ambos géneros, y existe un límite de edad en el femenino y no así en el masculino ya que estos últimos cometen suicidio en todas las décadas y posiblemente esto responda a la educación cultural y socioeconómica que existe entre ambos sexos, lo que coincide con autores como Armas Rojas, Wolleg y Canetto; este último asegura que la paradójica genérica en la conducta suicida es un fenómeno real. También, algunos de ellos vivían solos o con parientes con bajos ingresos per cápita y la no ocupación de éstos, los cuales son factores de riesgos presentes que coinciden con los expresados por varios autores en sus estudios.

Respecto a las estaciones, considerando que el adulto mayor en la primavera y verano se deprime y se considera un estorbo para la familia, ya que considera que los limita en sus actividades y durante los meses de invierno se agudizan sus enfermedades limitándolos aún más; también es el criterio de

varios autores al respecto. El ahorcamiento es el método letal duro que más se ajusta a nuestra cultura y estructura socioeconómica; la idea del suicidio se asocia a enfermedades con altos niveles de incurabilidad, seguida de depresión en personas con larga vida, donde la idea suicida se asocia fuertemente al suicidio consumado en la tercera edad, al considerar que son una carga para la familia y no tener ningún valor social.

Otra de las conclusiones que llegaron los autores fue que en 1992 no se produjo suicidio en la tercera edad. La mortalidad suicida comenzó en 1993 y se ha mantenido hasta el 99 con tendencia hacia el aumento. El género más afectado fue el masculino, en la sexta década de vida, se mantiene en la séptima y octava década; no ocurrió así en el femenino, donde predominó la sexta década de vida. Predominaron pensionados, solteros, verano y estrato urbano. El estado depresivo predominó sobre las enfermedades crónicas invalidantes y dentro del estado depresivo conflictos familiares, primavera y el método empleado fue el ahorcamiento. En las enfermedades crónicas invalidantes psicopatologías, invierno y método ahorcamiento. Medicina familiar y atención primaria tienen la posición clave para identificación de las conductas suicidas y elevar la promoción de salud mental en la comunidad.

Como se ha mencionado anteriormente, la intervención de los profesionales de la salud es limitada ante la falta de conocimiento de aquellos que están en contacto con el anciano en la primera línea de servicio. No es correcto que se espere a que se llegue a una evaluación de un especialista en

salud mental para determinar si un paciente está a riesgo del suicidio. Este es uno de los aspectos que se deben mejorar en la formación de los profesionales de la salud, incluyendo a los profesionales de la enfermería.

Por eso, el suicidio, entre otros factores, sigue aumentando en todos los países a nivel mundial. De acuerdo con Pérez Barrero (1996) el suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1, 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos.

Ante esta situación, países como Cuba han comenzado a orientar y educar a los profesionales de la salud para que puedan prevenir este acto en sus pacientes. Esto se ha hecho ante la necesidad educativa que presentan los profesionales de la salud de primera línea como son los médicos de familia, médicos primarios y los profesionales de la enfermería. Si estos profesionales de la salud no saben identificar las señales de peligros sería poco lo que se podría alcanzar para poder prevenir este tipo de muertes en sus pacientes. En el caso de Cuba, se puso en manos del médico de la familia un libro sobre el

comportamiento suicida, pues dicho profesional, por su estrecha vinculación con la comunidad, está en mejores condiciones de detectar al presunto suicida y conociendo las particularidades de esta conducta anómala, ejercer las acciones de salud que impidan este acto.

Es necesario que los profesionales de la salud reconozcan que el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta. Y que para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen. Ante todo hay que considerar que estos rasgos son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o en la vejez. Por otra parte, son genéricos, pues los de la mujer no son similares a los de los hombres. Existen los que son comunes a cualquier edad y sexo, los cuales, indudablemente, son los más importantes, pero en este caso, se estará dando énfasis a los factores relacionados con la vejez.

Factores de riesgo suicida en la vejez

Esta sección fue tomada del escrito de Pérez Barrero (1996), quien dice que a pesar de la presión popular sobre el suicidio en la juventud y las numerosas

investigaciones en torno a ese fenómeno, los ancianos son los que tienen mayores tasas en este aspecto. En la medida en que las personas mayores constituyan el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el año 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción. Es conocido que esta conducta en el anciano tiene los siguientes rasgos distintivos:

- a. Realizan menos intentos de autodestrucción.
- b. Usan métodos mortales.
- c. Reflejan menos señales de aviso.
- d. Dichos actos son premeditados, reflexivos.
- e. Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

Por estas características se hace necesario que se conozcan los diversos factores de riesgo para esta conducta. Esto se debe, ya que el envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensoriales y una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas. El anciano no siempre aporta síntomas porque teme le puedan diagnosticar una enfermedad grave o porque asuman sus dificultades como parte del proceso de envejecimiento. Entre los problemas físicos que el anciano debe afrontar se encuentran: la patología artrítica, que afecta la locomoción; las enfermedades cardiovasculares, que limitan el ejercicio

físico; la enfermedad neurológica, que compromete la función intelectual, y el cáncer, que ocasiona dolor, dependencia y muerte.

Los problemas emocionales incluyen cierta depresión y una alteración de la propia estima, a lo cual se añaden las propias presiones sociales derivadas de la jubilación, la dependencia, la muerte de familiares y amigos, la pérdida de la seguridad económica, entre otras. Como se evidencia, existen suficientes condiciones inherentes a la vejez que son un caldo de cultivo adecuado para que se manifieste esta conducta.

El intento de autodestrucción en esta edad es un serio problema, pues en muchas ocasiones se trata de verdaderos suicidios frustrados por su alto grado de premeditación; por los métodos utilizados, que usualmente son violentos; por la existencia de enfermedades médicas concomitantes, sobre todo las que se acompañan de disnea en el caso de dolencias físicas o los trastornos depresivos en el grupo de las enfermedades mentales. Esta última condición, al igual que en el adolescente, se manifiesta en ocasiones de manera diferente al adulto, con cierta atipicidad, ya que los ancianos deprimidos restan importancia a la tristeza, insistiendo en quejarse fundamentalmente de los síntomas físicos que les llevan a considerarse a sí mismo enfermos y frecuentan médicos internistas o de atención primaria, lo que prolonga el inicio de un tratamiento antidepresivo específico.

Las señales biológicas de la depresión, como el insomnio, pérdida del apetito, peso y energía; los trastornos gastrointestinales, como la pirosis, acidez, digestiones lentas, constipación; los síntomas cardiovasculares, tales como las

palpitaciones, precordalgias; los síntomas ostiomio articulares, como las mialgias, artralgias, lumbalgias y dolores de espalda, son comúnmente atribuidos por el anciano a una enfermedad física como se señalaba con anterioridad, y si el médico de atención primaria no está familiarizado con esta forma de presentación del trastorno afectivo en el paciente, una depresión no suicida puede convertirse en suicida.

Otras veces la depresión adquiere una forma de presentación demencial (pseudo-demencia depresiva), sobresaliendo la confusión mental, la desorientación en tiempo y espacio, la labilidad afectiva e incluso la incontinencia urinaria. Para una mejor clasificación de los factores de riesgo en los ancianos, éstos se pueden dividir en:

Factores médicos

1. Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes, como la de Parkinson, la demencia de Alzheimer o de otro tipo, las neoplasias, la diabetes mellitus complicada de retinopatía o polineuropatía discapacitante, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
2. La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
3. Los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar patologías que padece el anciano (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etcétera).

4. Las enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias, la de Parkinson, entre otras.

Factores psiquiátricos

Se incluyen las depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

Factores psicológicos

Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

Factores familiares

1. Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital doloroso desencadena una depresión y altera además el sistema inmunitario, lo que facilita la patología somática, principalmente las infecciosas.
2. El abuelo "pin-pon" es otra condición de riesgo suicida y se produce con la migración forzada del anciano (le "rotan" entre los familiares).
3. El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación puede reactivar situaciones de desamparo previas que precipiten un acto autodestructivo.

Factores socio-ambientales

1. La jubilación.
2. El aislamiento social.
3. La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano.
4. La pérdida de prestigio.

En resumen los factores de riesgo se pueden visualizar de manera más clara en la Tabla 2.

Tabla 2: Riesgo de suicidio en la vejez

	Aspectos considerados	Puntos
1.	Vivir solo.	2
2.	Padecer una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados.	2
3.	Padecer una enfermedad mental.	3
4.	Tener antecedentes personales de conducta suicida.	3
5.	Poseer antecedentes familiares de dicha conducta.	1
6.	Actitud poco cooperadora en la entrevista.	2
7.	Expresar deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros.	4
8.	Manifiestar ideas suicidas.	5
9.	Cambios de conducta en forma de aislamiento, agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución.	3
10.	Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista.	5

Nota: Si la suma de la puntuación es mayor de 9, el anciano debe ser remitido a una unidad psiquiátrica para ser examinado por el personal especializado.

Estos factores de riesgo, antes mencionados, son los que se pueden encontrar en la etapa de la vejez y mientras mayor número de éstos se acumulen, mayor será el riesgo de terminar su vida por suicidio. La Tabla 2 presentada por Perez Barreto (1996) pudiera servir de guía práctica para ayudar a evaluar dicho riesgo en la vejez por parte de los profesionales de la salud según lo expresa el autor.

Aspectos a considerar para prevenir el suicidio en la vejez

De acuerdo con Pérez Barrero (1996) la prevención de este acto no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos. En la medida en que mayor cantidad de personas, sean profesionales o voluntarios, sepan qué hacer frente a un paciente con riesgo suicida, mayor será la posibilidad de evitar que se autolesione.

Lo primero que se debe saber es que una persona con dicho riesgo no siempre estará sentada frente a un médico de atención primaria o un psiquiatra. Se le puede encontrar como vecino, amigo, familiar, compañero de estudios o de trabajo, etcétera, por lo cual la primera ayuda puede y debe ser brindada por aquel que esté más cerca de él en el momento de crisis.

Lo segundo es que una persona en crisis suicida no es un criminal ni un loco furioso capaz de realizar cualquier agresión, no sólo contra él sino contra otros. Generalmente se trata de personas muy infelices que piensan en autodestruirse por no tener otras formas de adaptarse a situaciones dolorosas de

sus vidas. Y tercero, se hace necesario eliminar creencias erróneas que se han arraigado en los que desconocen esta conducta, como las siguientes:

1. "La gente que habla de suicidarse nunca lo hace". 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.
2. "El suicidio se comete sin previo aviso". No es verdad, la persona da muchas señales verbales y extraverbales de sus propósitos.
3. "El paciente que se repone de una crisis suicida no tiene peligro de recaer". No es cierto, pues casi el 50 % de los que atravesaron dicha crisis, llevaron a vías de hecho el suicidio dentro de los primeros tres meses siguientes, cuando todo parecía pensar que el mayor peligro había transcurrido.
4. "Todo el que se suicida está deprimido". Aunque todo deprimido es un suicida potencial, no todo el que lo lleva a efecto lo es, pues puede ser un individuo con un trastorno de personalidad, alcohólico, etcétera.
5. "El suicidio se hereda". No es cierto, éste no se hereda, lo que puede suceder es que se herede la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que éste puede ocurrir (esquizofrenia, trastornos afectivos) o que se imite dicho comportamiento anormal.
6. "Hablando con un individuo con riesgo suicida sobre el tema, se puede hacer que lo lleve a cabo". No es verdad, ya que se ha comprobado que esto reduce el riesgo, y es la primera posibilidad, quizás irreplicable, de iniciar su prevención.
7. "El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso". No es cierto; en 1949, E. Ringel examinó 745 casos de intentos suicidas con el objetivo de determinar su estado psíquico previo al acto y describió el síndrome presuicidal, que aunque no forma parte de ninguna enfermedad psiquiátrica, es un común denominador de todos los trastornos psíquicos,

y la persona en crisis lo es. Dicho síndrome presuicidal está conformado por constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresión y fantasías suicidas, las cuales se refuerzan entre sí. La detección de estos síntomas puede evitar la autodestrucción.

8. "Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio". No es verdad, en párrafos precedentes recalcamos que cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.
9. "El abordar a una persona en crisis suicida sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perder el tiempo". No es cierto, si el sentido común nos hace asumir los siguientes principios, será una valiosa ayuda para el paciente potencialmente suicida:
 - a. Escuchar con atención a la persona en crisis, facilitando su desahogo.
 - b. Durante el discurso del sujeto en crisis se deben utilizar, en su momento, frases cortas que le hagan sentir que lo comprendemos y lo tomamos en serio. Estas frases pueden ser: "Me imagino", "Entiendo", "Es lógico", "Claro", "No es para menos", etcétera.
 - c. Preguntar siempre sobre el comportamiento suicida según lo indicado al inicio de este libro.
 - d. Ayudarle a que encuentre otras alternativas que no sea la autodestrucción, aunque no confíe en aquellas que no pueda realizar inmediatamente. Ejemplo: "Yo voy a irme de la casa" (sin tener otro lugar donde vivir); "Me voy a olvidar de él" (como si la memoria fuera como la pizarra, que se puede borrar en un momento y no quedar huellas de lo escrito); "Tengo que cambiar para que ella vuelva" (a pesar de que ella no desea nada más con él y ya tiene una nueva pareja).
 - e. No dejar sola a la persona en crisis y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud (médico de atención

primaria, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, etcétera), o a los servicios de salud en cualquiera de sus modalidades (consultorios, policlínicos, hospitales).

Se considera útil también conocer las 10 características comunes en todo suicida según Shneidman, para realizar lo adecuado en cada momento. Éstas son:

Tabla 3: Características comunes en los suicidios según Shneidman

Variable	Características
1. Estímulo	Insoportable dolor psicológico.
2. Stressor	Necesidades psicológicas frustradas.
3. Propósito	Encontrar una solución (la muerte).
4. Objetivo	Cese de conciencia.
5. Emoción	Desesperanza-desamparo.
6. Actitud	Ambivalencia (morir-vivir).
7. Estado cognitive	Constricción
8. Actitud interpersonal	Mensajes de intención suicida.
9. Acción	Autoagresión
10. Consistencia	Copiar patrones previos de ajuste.

Nota: Tomado de Shneidman, E. (1997). *The suicide mind*, Suicide as Psychache.

La primera característica es el insoportable dolor psicológico. La segunda es la frustración de las necesidades psicológicas, por lo que es prudente aceptar como reales dichas necesidades y ser imparcial. La tercera es encontrar una solución, por lo que se debe dar oportunidad al sujeto a que manifieste su situación y entender que para él es seria y urgente. La cuarta es el cese de la

conciencia, por aquello de "ojos que no ven, corazón que no siente". La quinta característica son los sentimientos de desesperanza (desamparo) y se impone reconocer como reales dichos sentimientos. La sexta es la ambivalencia, que es imprescindible captar y empezar a presentarle o buscar en conjunto alternativas más positivas y reforzarlas. La séptima es la constricción, la cual debe ser reconocida precozmente y explorar otras opciones que permitan una visión más amplia de posibilidades de solución a los problemas.

La octava son los mensajes de la intención suicida, por lo que se debe estar atento a ellos; éstos se traducen en forma de cambios sutiles unos, evidentes otros, que pueden ser el prelude de ese comportamiento. La novena característica es la autoagresión, por lo cual se debe escuchar y actuar con premura, pues en esta condición el individuo está en el límite de sus posibilidades de no llevar a cabo dicho acto. La última característica es copiar patrones anteriores de conducta, por lo que se debe prestar atención, previo análisis longitudinal de la vida del paciente, a sus rasgos distintivos de personalidad, así como sus anteriores formas de reaccionar en situaciones críticas.

Investigaciones relacionadas con el tema de estudio

A continuación las investigaciones relacionadas con el tema, según la literatura encontrada, la misma refleja que el suicidio en los ancianos ha sido estudiado desde la década de 1990. Hude (1998) fue uno de los primeros que realizó un estudio con el propósito de describir las diferencias por sexo, edad y

las características demográficas entre los suicidas, el método de suicidio, lugar de la muerte, dejando nota de suicidio, la expresión de la amenaza de suicidio, intento previo de suicidio, el estrés y evaluar la asociación entre enfermedad física y el suicidio. El estudio incluyó a 920 suicidios y muertes por accidentes de 1.050 vehículos de motor en personas mayores de 55 años en Alberta, Canadá. Datos sobre el comportamiento demográfico y el suicidio se resumieron en los registros del médico forense. Los datos psiquiátricos y enfermedades físicas fueron obtenidos del hospital y los datos sobre necesidades de salud se obtuvieron del Sistema de Salud de Alberta. Los resultados comparados entre hombre y mujeres mayores de 55 años reflejaron que los suicidios de varones eran más propensos a cometerse con armas de fuego (43,8% vs 3,7%), fueron más propensos a vivir en una zona rural (46,7% vs 28,3%), y eran menos propensos a tener un intento previo de suicidio (16,5% vs 41,2%). Las enfermedades orgánicas y las dificultades financieras fueron identificados como los factores estresantes fueron precedentes del suicidio en varones mayores de 55 años que en mujeres; 40,3% vs 29,9%, igualmente para las enfermedades físicas y el 8,7% vs 1,8% en dificultades financieras. Se evidenció que con el aumento de la edad, los suicidas varones eran más propensos a usar armas de fuego para cometer el mismo. Además, se evidencia que los varones eran más propensos a padecer enfermedades físicas y la pérdida de una persona cercana y los factores de estrés como precedente al suicidio, pero este grupo tenían menos probabilidades de dejar notas de suicidio.

Además, Hude (1998) encontró que con el aumento de la edad, los suicidios de mujeres tenían menos probabilidades de darse, que había menos probabilidad en las mujeres de estar casadas al momento de la muerte debido a la viudez y que estas eran más propensas a dejar notas de suicidio. Existe una gran probabilidad, de acuerdo al estudio, que los suicidas de edad avanzada son más propensos a tener cáncer (95% intervalo de confianza, con un ratio: 1.16-2.58 de muertes en accidentes) y el trastorno de la próstata fue uno de los padecimientos más comunes (1,26-2,67) en comparación con los accidentes de vehículos de motor. La enfermedad pulmonar crónica fue más frecuente entre los suicidas con (1,22-2,83) en comparación con las muertes en accidentes con vehículos de motor. Suicidios y muertes en accidentes por vehículos de motor había frecuencias similares de la enfermedad física aguda, la enfermedad física crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vascular, úlcera péptica, y diabetes mellitus. Este estudio concluyó que el arma de fuego es el método de suicidio. También se concluyó que la enfermedad física y el estrés son los precedentes de los suicidios entre los hombres mayores de 55 años y las mujeres. Además, se evidenció que los suicidios también se hacen más frecuentes con el aumento de la edad, aunque más en los hombres. Se encontró que el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica y el trastorno de la próstata están relacionados con el suicidio entre los ancianos.

Tres años más tarde, Malphurs (2001) llevó a cabo una investigación como una extensión del estudio realizado anteriormente por Cohen y sus

colaboradores (Cohen, 1995; Cohen, et al., 1998) que hicieron los primeros estudios de homicidio-suicidio. Dicho estudio se centró en la epidemiología descriptiva, los patrones clínicos y las motivaciones para estos eventos letales en las poblaciones viejas. Las tasas de homicidio/suicidio en la población de 55 años o más edad son más altas que en la población menor de 55 años. La mayoría de los homicidios-suicidios son cónyuge / consorcio, y los autores son casi siempre los hombres. Aunque las motivaciones son complejas, al menos existen tres subtipos: el 50% son de protección / subtipo dependiente, el 30% son del subtipo agresivo con frecuencia caracterizado por el conflicto conyugal o violencia doméstica, y el 20% son del tipo simbiótico donde la pareja de ancianos están enfermos y han querido morir.

Para Malphurs (2001) comprender los antecedentes y factores de riesgo de homicidio conyugal-suicidio en la población de vieja es un área importante de investigación para mejorar la capacidad de los empleados del área de la salud a detectar, controlar y, en última instancia, evitar que estos hechos violentos se produzcan. Homicidio-suicidio son relativamente poco frecuentes, pero tienen una tasa de mortalidad similar a la tuberculosis pulmonar, la hepatitis y la meningitis. Por otra parte, las tasas de homicidio-suicidio pueden aumentar en la población mayor de 55 años y puede convertirse en un problema significativo de salud pública con el envejecimiento de la sociedad.

El objetivo de la investigación fue mejorar el conocimiento acerca de los homicidios-suicidios en las personas viejas mediante el cálculo del número y tipo

de homicidios, suicidios por edad y el estado de residencia en Estados Unidos. Otro de los propósitos era aclarar los antecedentes y factores de riesgo en la persona de la tercera edad sobre el homicidio-suicidio. Habían tres objetivos específicos y cada uno fue el tema central de un estudio: (1) examinar la utilidad de la vigilancia del periódico en Internet para identificar el número y tipo de homicidio-suicidio por edad y subtipo, (2) identificar los antecedentes de homicidio-suicidio conyugal y el suicidio en los hombres mayores casados, y (3) examinar los factores de riesgo para homicidio-suicidio conyugal y el suicidio con un estudio de caso o haciendo uso de la metodología de control (Malphurs, 2001).

Por su parte, Heisel (2001) ese mismo año, presenta un estudio donde incluyó el desarrollo y validación de una medida de evaluación multi-dimensional sobre las ideas suicidas en los ancianos. De acuerdo al autor, en la actualidad, ninguna medida se ha desarrollado con miras a evaluar los aspectos de riesgo de suicidio entre la población de edad avanzada, a pesar de la alta tasa de prevalencia de suicidios en la edad avanzada en Estados Unidos, la letalidad de la conducta suicida en esa edad, y la dificultad de los médicos de atención primaria en la detección de riesgo de suicidio en los ancianos. El presente estudio consistió en dos fases, una primera fase se describía el desarrollo de la Escala Geriátrica Ideación Suicida (o GSI), una medida multi-dimensional de pensamientos suicidas y consideraciones en los ancianos, con una fase de validación donde se describen las propiedades psicométricas de la GSI y la

evaluación de un modelo multidimensional de ancianos suicidas donde se incluían los factores patológicos y de protección en la predicción de riesgo de suicidio geriátrico (Heisel, 2001).

En el estudio uno se describe el desarrollo y validación donde participaron ciento setenta y dos en instituciones y hogares de ancianos donde residen los viejos, completaron la versión inicial de las GSI junto con las medidas de funcionamiento cognitivo, la deseabilidad social. Con ello, se desarrolló una escala para las ideas suicidas entre una población psiquiátrica, y una hoja de datos demográficos. Los resultados apoyan una estructura multi-dimensional de los factores GSI como una medida global de la ideación suicida en ancianos, con las sub-escalas correspondientes, tales como: una afirmación constante de la vida (orientación de la vida), una pérdida de efectos personales y valor social, y los pensamientos y las consideraciones de la muerte en general (ideación de muerte). Análisis de fiabilidad y de coherencia interna fueron desarrollados (Heisel, 2001).

El segundo estudio, implicó la validación psicométrica del GSI y la evaluación del modelo multi-dimensional de predicción de las ideas suicidas geriátricas. Ciento siete personas de edad avanzada residentes en instituciones y la comunidades de ancianos completaron el GSI junto con las medidas de funcionamiento cognitivo, depresión, desesperanza general, la desesperanza social, el reconocimiento de un propósito o sentido de la vida, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, capacidad de adaptación para hacer frente, ya existente medida de la ideación suicida, y una ficha detallada de los

datos demográficos. Los resultados demostraron una alta calificación consistencia interna para el GSI y sus sub-escalas y la estabilidad temporal alta para una muestra de residentes en un período de 1-2 meses. Igualmente se validaron las escalas y medidas utilizadas para la ideación suicida en el GSI. En el estudio quedó demostrada una asociación entre el ajuste y condiciones patológicas. Se prueba que la escala es útil para predecir ideas suicidas en los ancianos. Por último, el reconocimiento del significado de la vida surgió como un factor relevante en la prevención de los pensamientos suicidas en adultos mayores, incluso entre los muy deprimidos. Los resultados se evalúan con referencia a la situación actual del campo de la geríatrica, con sus implicaciones clínicas, psicológicas y sociales (Heisel, 2001).

Luego, Smith (2004) desarrolló una disertación donde presentó tres estudios los cuales examinan las características de los adultos mayores que murieron por suicidio o lesiones involuntarias entre 1996 y 2001 en el condado de San Diego. El primer estudio examinó los índices de mortalidad estandarizada por suicidio y muerte por lesiones accidentales en los adultos de 65 años de edad o más en las áreas subregionales de Condado de San Diego (n = 39). Se encontró una correlación alta entre el porcentaje de los adultos divorciados, y que vivían solos e más con el suicidio. Mientras, se encontró una relación negativa entre el ingreso promedio por hogar había con la edad al morir del viejo por lesiones no intencionales. Este estudio demuestra cómo las medidas sociales y económicas de la población pueden ayudar a identificar áreas donde

los residentes de edad avanzada pueden tener un mayor riesgo de morir por suicidio o lesiones no intencionales.

En el segundo estudio, los adultos mayores que murieron por suicidio o lesiones involuntarias entre 1996 y 2001 en el condado de San Diego, California, se compararon con los datos del Censo de los EE.UU. (Condado de San Diego y el *National Health Interview Survey* del sur de California). En comparación con la población general, los adultos mayores que murieron por suicidio o bien las lesiones no intencionales fueron significativamente elevadas, se encontró más probabilidades de morir por lesiones no intencionadas al ser varón, y no casados. Los que murieron por suicidio fueron más propensos aquellos de raza blanca y al estar viviendo solos, mientras que los que murieron a causa de lesiones no intencionales fueron más propensos a vivir en alojamientos grupales, tales como egidas, o hogares de ancianos. Las víctimas de suicidio de la tercera edad tenían tasas más altas de cáncer que la población general, sin embargo, eran más bajos en padecer de diabetes que la población general. Los que mueren por lesiones no intencionales fueron menos propensos a tener cáncer, pero más propensas a tener enfermedades del corazón, diabetes, derrame cerebral, o insuficiencia renal, en comparación con la población general. En el tercer estudio se analizaron las características demográficas y de salud de los adultos mayores que murieron por suicidio y los compararon con aquellos que murieron a causa de las lesiones no intencionales. Los que murieron por suicidio presentaron altas tasas de depresión, dolor severo, y enfermedades terminales. Los hombres que se

suicidaron tenían más probabilidades de tener cáncer o problemas de visión. Además, hubo una interacción significativa entre la depresión y el tipo de hogar, que hace hincapié en la necesidad de evaluar el apoyo social, así como los síntomas de depresión en personas en riesgo de suicidio (Smith, 2004).

Un año más tarde, en un estudio realizado por Chan (2005) este se centra en el papel de los factores sociales para explicar los patrones de suicidio en Hong Kong. Estos incluyen el efecto de cohorte, el estado civil, los patrones estacionales, la situación socioeconómica y la privación social. El estudio utiliza datos recogidos por el Censo de Hong Kong y el Departamento de Estadística. Aunque el sistema de las Coroner's Court está bien desarrollado, siguen existiendo dos problemas potenciales cuando se utilizan datos de suicidio en Hong Kong: (i) la inscripción tardía y (ii) cambios ocurridos en la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación de Enfermedades (CIE) en cuanto al cálculo de ratio y tasas. El autor, utiliza el archivo de las muertes registradas entre el 1981 - 2000. Además, la estructura de datos fue modificada con el fin de satisfacer los distintos métodos estadísticos utilizados en la investigación. Aparte de algunos factores de carácter general relacionados con el suicidio (como el género, la edad y los efectos de periodo), se destacan los siguientes factores que causado por el efecto de cohorte sobre los suicidios de adultos mayores, entre los que se destacan: perder la fuerza contra el suicidio, el matrimonio de adultos mayores, la disminución de la estacionalidad del suicidios en hombres, la

inexistencia de variaciones temporales en el suicidio debido a las vacaciones, así como, una relación negativa entre la fragmentación social y las tasas de suicidio.

Los resultados muestran que existe una diferencia significativa entre Hong Kong y Occidente en términos del impacto de los factores sociales sobre los suicidios de adultos mayores. Por lo tanto, todos los programas de prevención del suicidio en Hong Kong deben tener características especiales por su ubicación cultural. Los datos señalan que es necesario realizar estudios de acuerdo a la cultura o regiones, ya que el comportamiento suicida en anciano puede variar. Estas líneas de investigación incluyen la incorporación de los cuidadores informales de los viejos, programas de prevención del suicidio, la asignación de recursos a esos programas en diferentes distritos, especialmente haciendo énfasis en la evaluación y la viabilidad de otras formas de intervención (Chan, 2005).

Después, Howell (2008) realizó un estudio donde examinó las actitudes de los trabajadores sociales gerontológicos hacia el suicidio entre las personas mayores y los factores que influyen en esas actitudes. Concretamente, el estudio exploró la relación entre determinadas características demográficas y su relación con ocho discretos "clínicos" de actitudes relacionadas con el fenómeno del suicidio en el anciano, medidas a través del Cuestionario de Opinión Sobre el Suicidio (SOQ) de Domino, Westlake, y Gibson (1982). Estas actitudes son: (1) amenazas de suicidio, la agresión o la ira, (2) no son más que un "grito de ayuda", (3) el suicidio es impulsivo, (4) el suicidio refleja una enfermedad mental (5), el suicidio es moralmente malo, (6) el suicidio es un comportamiento normal, y (7)

el suicidio está relacionada con la religión, y (8) el suicidio es un derecho. El estudio era de transversal y cuantitativo, de tipo descriptivo/explicativo. La muestra del estudio consistió de trabajadores sociales profesionales miembros de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, y que figuraban en la lista de asociados la gerontología como su principal área de práctica. Cuatrocientos cuarenta y dos encuestados devuelven una encuesta auto-administrada. Los datos fueron analizados para efectos estadísticos, donde se uso de la estadística descriptiva y bivariada.

Los hallazgos más significativos revelan que las actitudes de los encuestados están influenciados por el nivel de educación, sexo, región geográfica, raza, y la religiosidad. Los encuestados con grados de RSU (maestría) eran más propensos a ver el suicidio como consecuencia de una enfermedad mental que sus colegas con grados BSW (bachillerato). Los hombres entrevistados eran más propensos a opinar que las mujeres encuestadas en que el suicidio está (1) relacionado con "ira" (2) es un "grito de ayuda" y "no real" (3) es un "comportamiento normal", y (4) es un "derecho". Además, se encontró que el Blanco / Caucásico encuestado era más propenso a ver el suicidio como un derecho en comparación con las otras razas y etnias. Mientras que los encuestados en el norte y estados del Atlántico medio tenían más probabilidades de ver el suicidio relacionado con la ausencia de religión o los valores religiosos que sus colegas en los estados del sur y del oeste. Del mismo modo, los encuestados que indican altos niveles de religiosidad fueron más propensos a ver

el suicidio como "moralmente malo" y a opinar que el suicidio no es un "derecho" en contraste con sus homólogos que indican que tenían niveles bajos de religiosidad (Howell, 2008).

Resumen

En la revisión de literatura se ha podido comprobar que la conducta suicida es una compleja. La conducta suicida es una que va en incremento en la población anciana, aspecto preocupante en los profesionales de la salud. Es necesaria la prevención, pero para ello los profesionales de la enfermería deben conocer o reconocer los signos de peligro del suicidio para poder intervenir. Igual, que ocurre en Cuba en Puerto Rico, se han comenzado a desarrollar educaciones que ayuden a los profesionales de la enfermería a intervenir adecuadamente con la población. Un riesgo evidente es la falta de conocimiento del profesional de enfermería para identificar y referir los casos que se encuentran bajo su cuidado.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Introducción

El propósito de la investigación era determinar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en relación a indicadores suicidas en la población geriátrica. En éste capítulo se presenta el diseño de la investigación, las variables del estudio, la población, la muestra, el instrumento, la medición de las variables, el procedimiento, la protección de los derechos humanos y el análisis de los datos.

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación fue uno cuantitativo y descriptivo-correlacional. Es descriptiva ya que la investigación es cuantitativa y los datos se describen en forma narrativa, en frecuencias, por cientos y estadísticas inferenciales. De acuerdo con Polit y Hungler (2000) señala que las investigaciones de este tipo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. Se fundamenta en un esquema deductivo y lógico.

Población

La población participante de la investigación fueron los profesionales de la enfermería que trabajan en diferentes instituciones hospitalarias de la zona

metropolitana de San Juan. Desde el punto de vista estadístico, de acuerdo con Balestrini (1999), la población o universo puede estar referido a cualquier conjunto de elementos de los cuales se pretende indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cual serán válidas las conclusiones obtenidas en la investigación. Es el conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes.

Muestra

La muestra participante de la investigación constó de 30 profesionales de la enfermería que trabajan en instituciones hospitalarias del área norte de Puerto Rico y serán escogidos por disponibilidad. De acuerdo con Polit y Hungler (2000) en términos estadísticos, la muestra es una parte de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. Se obtiene con la finalidad de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de la población. El problema que se puede presentar es garantizar que la muestra sea representativa de la población, que sea lo más precisa y al mismo tiempo contenga el mínimo de sesgo posible.

Los criterios de la selección de la muestra fueron:

1. Ambos géneros
2. Profesionales de la enfermería con un grado de asociado, bachillerato o maestría

3. Que estén trabajando como profesionales de la enfermería en cuidado directo al paciente
4. Mayores de 21 años

Los criterios de la exclusión de la muestra fueron:

1. Que no estén trabajando como profesionales de la enfermería en cuidado directo
2. Que estén ocupando una posición administrativa en enfermería
3. Menores de 21 años

Instrumento

El instrumento que se utilizó para realizar la investigación constaba de tres partes. La primera parte contiene un total de siete (7) reactivos de datos demográficos tales como género, edad, años trabajando en la institución hospitalaria. La segunda parte esta tiene cinco (5) reactivos y está relacionada con el conocimiento general sobre los indicadores suicidas, adiestramientos y leyes relacionadas. La tercera parte contiene un total de diez (10) reactivos para medir si el profesional de enfermería conoce sobre cuales son indicadores suicidas. La cuarta parte contiene un total de tres (3) reactivos para medir los factores de riesgos: físicos, psíquicos y sociales.

Validación del Instrumento

El instrumento fue validado en contenido a través de un panel de 5 expertos en la materia bajo estudio. La validez de un instrumento de medida demuestra hasta qué punto un instrumento mide lo que en realidad pretende

medir. La validez puede ser de diversos tipos. Uno de ellos es la validez aparente, que designa si el instrumento parece medir de forma adecuada el constructo conceptual. La validez de contenido se refiere a la representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir. Previamente a la validación de contenido se debe realizar un estudio del análisis conceptual de la etiqueta diagnóstica. La validez de contenido sólo indica lo que un grupo de expertos piensa; no se tiene la seguridad de que sus juicios coincidan con el fenómeno que se da en el mundo real (Polit y Hungler, 2000).

Para el estudio de la validez de contenido existen varios métodos que en la práctica se pueden combinar entre sí: el modelo Fehring, la metodología Q, el método Delphi, el modelo de estimación de la magnitud y el método de Lawshe. En este caso, se utilizó el método de Lawshe (1975). Este método consiste en realizar evaluación psicométrica. Lawshe (1975) propuso una fórmula simple para cuantificar el grado de consenso pidiendo a un grupo de expertos que determinen la validez de contenido de una prueba (instrumento). El instrumento tiene como propósito recopilar datos sobre el conocimiento de los indicadores suicidas.

El cuestionario se sometió a una prueba de validación de contenido a través de un panel de expertos según lo recomienda Polit y Hungler (2000). En este caso, se ha de utilizar el Método de Lawshe (1975), el cual provee una tabla para categorizar la opinión de los panelistas por premisa. Las premisas deben ser catalogadas por el grupo de jueces como esenciales o no esenciales, luego de

clasificarlas se suman dichas clasificaciones y aquellas que no logren alcanzar el promedio de validación no pueden ser incluidas en el cuestionario. El investigador utilizó un panel de cinco expertos. Tres de ellos con grado doctoral en educación con especialidad en administración, y dos con maestría en enfermería con especialidad en educación y administración para que validaran el contenido del cuestionario. Según Lawshe para que una premisa pueda validarse debe obtener un promedio de .99.

Lo primero que los jueces realizaron fue una evaluación general del cuestionario. Antes de proceder a aplicar la prueba de Lawshe. Estos tenían que evaluar en términos generales como la construcción del instrumento en relación con la Claridad del contenido, Organización del contenido, Partes que se incluyeron en el cuestionario (datos socio demográficos, premisas relacionadas con las variables. La Tabla 4 y la gráfica 1 muestran estos resultados. Las respuestas provistas revelan que no todos los expertos catalogaron los cinco criterios generales del instrumento como excelentes o buenos, según se aprecia en la Gráfica 1. Específicamente, el 100% de los expertos opinaron que el instrumento era excelente en las Partes que se incluyeron en el cuestionario y un 20% indicó que eran excelentes: la Adecuación de las premisas para la población bajo estudio y el 100% indicó que eran excelentes la Adecuación de las escalas provistas para medir las variables. No obstante, la mayoría de los jueces catalogó el cuestionario como un bueno. El 100% catalogó como bueno los criterios Claridad del contenido, Organización del contenido y la Adecuación

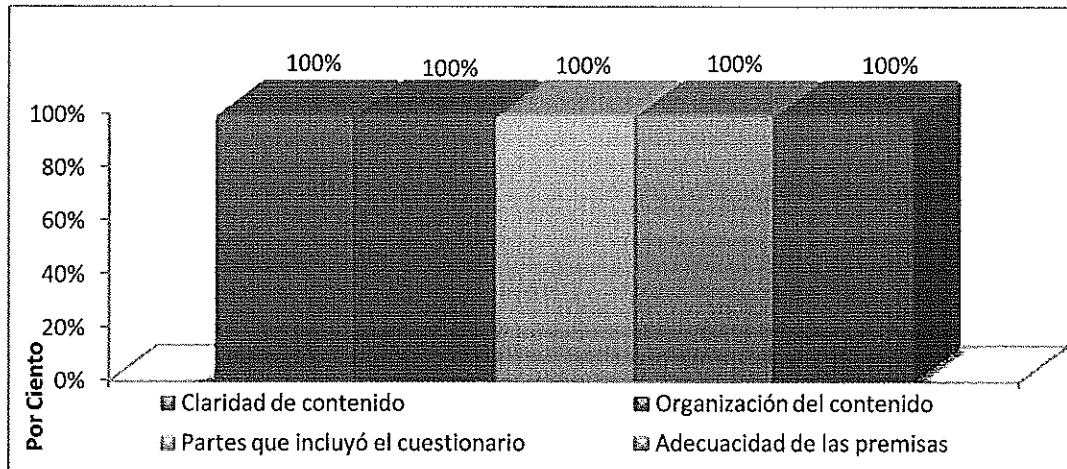
de las escalas provistas para medir las variables. Mientras que un 80% de los jueces opinó que era bueno la Adecuacidad de las premisas para la población bajo estudio. Ninguna de las áreas del cuestionario evaluadas por los jueces fue catalogada como pobre ni regular.

Tabla 4.

Distribución porcentual del panel de expertos por criterio generales para la evaluación del instrumento

Áreas	Excelente		Bueno		Regular		Pobre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Claridad del contenido	--	--	5	100	--	--	--	--
Organización del contenido	--	--	5	100	--	--	--	--
Partes que se incluyeron en el cuestionario	5	100	--	--	--	--	--	--
Adecuacidad de las de las premisas para la Población bajo estudio	1	20	4	80	--	--	--	--
Adecuacidad de las escalas provistas Para medir las variables	--	--	5	100	--	--	--	--

En la Gráfica 1 se sumaron las secciones que alcanzaron excelente y bueno, ya que son las aceptadas como parte de la validación de un cuestionario, e indican en términos generales las tendencias de aceptar o no dichas secciones una vez se someta el mismo al método Lawshe. En este caso, todas las secciones que alcanzaron el 100% fueron Partes que se incluyeron en el cuestionario, Adecuacidad de las premisas para la población bajo estudio y la Adecuacidad de las escalas provistas para medir las variables.



Nota: En las secciones de 100% se sumaron los renglones de bueno y excelente, según opinaron los jueces del panel

Gráfica 1. Distribución porcentual del panel de expertos por criterios generales para la evaluación del instrumento (categoría buena y excelente integrada)

Una vez evaluado el cuestionario en términos generales por los jueces y los jueces procedieron a evaluar las premisas para determinar si las mismas eran esenciales o no para formar parte del cuestionario y del estudio. Las premisas del cuestionario se sometieron al proceso de validación utilizando el Método Lawshe. Los datos en la Tabla 5 indican que el Cuestionario fue evaluado por cinco jueces. La razón de validez de contenido para cinco jueces fue de 0.99 centésimas. A base de este criterio los jueces recomendaron eliminar cuatro premisas. Recomendaron que se quedaran las premisas que permiten medir los datos socio-demográficos, las premisas o alternativas que miden el Conocimiento sobre Indicadores Suicidas y Factores de Riesgo de Conducta Suicida en los Pacientes Geriátricos. Cabe recalcar que los jueces recomendaron añadir o dividir

alguna de las premisas, en este caso se añaden dos premisas de las que originalmente tuvo en cuestionario en las secciones Conocimiento sobre Indicadores Suicidas y Factores de Riesgo de Conducta Suicida en los Pacientes Geriátricos.

Al excluir las 4 premisas o modificarlas y al añadir las dos premisas solicitadas por los jueces el Cuestionario tiene una validez de contenido (IVC) de 99 centésimas. Sobre las premisas a ser eliminadas, los jueces indicaron pueden ser salvables siempre y cuando se justifiquen o se modifiquen y ofrecieron sus observaciones sobre este particular. Entre las observaciones de los jueces se destaca que se debe velar por la ortografía y sintaxis de la oración o en su lugar justificar la existencia de ciertas premisas en el cuestionario que pueden ser confusas para los participantes.

Tabla 5.

Características del Cuestionario evaluadas utilizando la técnica de Lawshe

Dimensiones del cuestionario	Cantidad de ítems		Validez de contenido		Número de premisas a eliminar
	Antes	Después	Antes	Después	
Datos socio demográficos	10	10	.99	.99	Ninguna
Conocimiento sobre Indicadores suicidas	10*	11	.78	.99	2, 3, 4, se añade una
Factores de riesgo de conducta suicida en los pacientes geriátricos	19*	20	.80	.99	20, se añade una
Cuestionario	39	41	.90	.99	Recomendaciones

Nota: * son alternativas ya que es una prueba para medir conocimiento

Modificaciones del cuestionario

Para que el cuestionario pueda alcanzar la validación se debe modificar algunas de las premisas o justificar aquellas que alguno de los jueces indicaron que eran identificadores o sensibles. Las modificaciones o justificación de la existencia de las premisas se detallan a continuación, las mismas han de mencionarse según el orden en que se dan en el cuestionario.

En la Parte I del cuestionario sobre datos socio-demográficos, un juez recomendó separar los datos socio-demográficos de la parte II y III del cuestionario, pero de acuerdo con Polit y Hungler (2000) esto dependerá del investigador y si este piensa que los datos socio demográficos le son amenazantes a la población a encuestar debe hacerlo por separado. La población encuestada son profesionales de la enfermería, estos están acostumbrados a completar este tipo de encuestas. Así que la investigadora decide dejar la parte I de los datos socio demográficos junto con la Parte II y III. Otro juez en la parte II relacionada con el conocimiento de los indicadores suicidas indica que la premisa 3 es un mito y no un indicador. Precisamente la encuesta lo que desea saber si la enfermera conoce los identificadores de otras posibles alternativas incluyendo los mitos. Así que esta premisa permanece como parte del cuestionario. En la premisa 5 de la parte II otro juez indica añadir la palabra si está deprimido. Esta fue añadida para clarificar la misma. Por su parte, otro juez recomendó enumerar las premisas de la parte II y III para que de estas los participantes puedan seleccionar las mismas. En este caso, por el estilo del

cuestionario se prefiere dejarlas sin enumerar ya que esto no ha de afectar los resultados del estudio.

Por otro lado, un juez recomendó cambiar en la premisa 2 de la parte III la palabra psíquicos por emocionales para que se pueda entender mejor que trata de medir el investigador. La misma fue corregida. En esa misma premisa la alternativa 2 en vez de decir "enfermedades siquiátricas de base", un juez recomienda que se sustituya por "enfermedades siquiátricas previas, en especial, la depresión". Esta fue sustituida. Otra premisa que fue señalada como confusa fue la alternativa 6 de la premisa 3 de la parte II relacionada con los factores sociales (esta pasó hacer la alternativa 8 en esa sección del cuestionario). En esa premisa se pide añadir que tipo de protección es la que se señala. Se aclara la misma colocando un paréntesis e indicando el tipo de protección que se requiere en el viejo como lo es la seguridad económica, servicios de salud, alimentación y vivienda. Por convertirse en la premisa más larga de la lista a marcar, se cambio de orden y se pasó al final de la lista para fines estéticos del cuestionario. También la alternativa 7 de la premisa 3 antes mencionada fue señalada como confusa, especialmente por la palabra "desarraigo". Por entenderse que desarraigo no es lo mismo que abandono se hacen dos premisas de una, para clarificar lo que se quiso decir en la alternativa. En ese caso, Abandono familiar quedó pasó hacer la premisa 6, y la premisa 7 donde se incluía la palabra desarraigo quedó como sigue: "Alejarlo o mudarlo de su casa (desarraigarlo de su familia a otro lugar)".

Por otra parte, un juez señaló añadir el signo de interrogación final a la premisa 6 de la Parte I datos socio-demográficos. También sugirió añadir un punto al final de cada premisa en la Parte II del cuestionario y a la alternativa 1 de dicha parte incluir una coma entre la palabra comentarios y gestos. Este mismo juez indica que la alternativa 2 de la parte II debe convertirse en dos premisas, ya que considera que no es lo mismo pensar en la muerte que pensar en suicidarse. Además, el juez señala que como parte de la alternativa 3 de la premisa 1 de la parte III del cuestionario no debería estar la jubilación como un factor físico. Sin embargo, la jubilación se asume como una etapa asociada con la edad, o a factores físicos que obligan a la persona a estar en dicha etapa. De aquí que aparezca la jubilación en esta sección, así que la misma permanece como parte de la premisa. Luego este mismo juez señala que la alternativa 3 parece más una de cierto y falso que un indicador. En este caso, se acogieron todas las recomendaciones del juez, excepto modificar la alternativa 3, ya que el cuestionario tiene el propósito de medir conocimiento en las enfermeras y esta alternativa es uno de los posibles mitos y se colocó como un distractor. En la premisa 3 de la parte 3 relacionado con el estado civil de la mujer viuda, el juez expresa que no ve diferencias entre un género y otro en cuanto a ser viudo, soltero o separado. Para corregir la alternativa 3 se expresa de la misma manera que la del género masculino, esta vez colocándole las palabras viudo, soltero o separado entre paréntesis cuando se refiere a mujeres.

En resumen, se hicieron los cambios de las premisas con errores ortográficos, se justificaron aquellas premisas con la literatura que la investigadora pensaba que eran necesarias en su estudio, y también se clarificaron aquellas premisas que así lo solicitó el panel de jueces. Además se colocaron el orden numérico donde era necesario y se cambiaron de orden para efectos estéticos y para organizar mejor el cuestionario de modo que facilite su cumplimentación. Con estas modificaciones, el cuestionario quedó con las premisas originales, pero justificando las que eran necesarias. Se añadieron dos nuevas alternativas, lo que hace que el cuestionario sea más extenso que la versión original. Esto hizo que el cuestionario alcanzara un total de 14 premisas con 31 alternativas (anteriormente, era de 14 premisas y 29 alternativas en la parte II y III), con una validez de 0.99 centésimas, lo que supone de acuerdo con Lawshe (1975) que el cuestionario es un válido para medir las variables del estudio para el cual fue creado. La versión modificada fue la que se presentó al IRB del Sistema Universitario Ana G. Méndez.

Procedimiento

La investigadora para proceder con el estudio solicitó la autorización del estudio a las personas pertinentes. En este caso, sometió el estudio para su aprobación a la Oficina de Cumplimiento (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez. Una vez obtenida dicha autorización se procedió a obtener la autorización de la institución donde se realizó la investigación. Para ello, la investigadora se reunió con la directora de enfermería, para explicarle el

propósito del estudio. Luego de obtenido los permisos antes mencionados, la investigadora se reunió con la Coordinadora de Educación de la institución hospitalaria, para coordinar la fecha de realización del estudio. La investigadora realizó el contacto con los profesionales de la enfermería de la institución en la reunión mensual de los supervisores de enfermería y del personal para presentar el estudio. Una vez presentado el mismo, aquellos profesionales de la enfermería interesados en participar, pasaron a un salón conocido como sala de conferencias ubicado en el tercer piso de la institución. En este lugar, la investigadora discutió en detalle el estudio y el rol de los participantes. Una vez explicado el mismo y contestadas las dudas, se les permitió firmar el consentimiento de forma voluntaria, el cual fue entregado en un sobre. Una vez firmado el consentimiento el mismo fue entregado por los participantes a la investigadora en el sobre, pero esta vez sellados.

Una vez entregado el consentimiento, se le administró el cuestionario, el cual respondieron en un periodo aproximado de 30 a 40 minutos. Se les informó a los participantes que la investigadora estaría en la disposición de aclarar cualquier duda que surgiera durante el proceso de cumplimentar el cuestionario. Una vez los profesionales de la enfermería terminaran de completar el cuestionario, la investigadora los recogió en un sobre separado del consentimiento para mantener el anonimato de los sujetos y la confidencialidad de los datos. Una vez finalizado el proceso procedió a la tabulación de los datos

para realizar el análisis correspondiente. Se consultó los servicios de un estadístico para desarrollar lo antes mencionado.

Protección de los derechos humanos

La investigadora para apoyar y formar parte de un proceso ético correcto durante su estudio de investigación tomó las certificaciones del IRB e HIPAA relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Para garantizar la protección de los sujetos, se observaron los principios de confidencialidad, protección de la identidad. Se le explicó que la participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo de completar el instrumento se consideraba mínimo. Actualmente, el potencial a riesgo real físico, psicológico, social, legal o de otra índole fue mínimo. El único riesgo potencial de los participantes era sentirse levemente cansados y levemente ansiosos al completar el instrumento.

La investigadora durante el reclutamiento proveyó a los(as) participantes la información necesaria para garantizar la participación voluntaria, por conveniencia y la cuota determinada de los(as) participantes. El consentimiento informado describía el propósito del estudio, cuan largo era el instrumento y el tipo de preguntas que se realizaron. La aprobación del estudio lo hizo el Comité de Derechos Humanos de la Universidad Metropolitana (IRB) y se esperó por la autorización de parte del hospital donde se llevaría a cabo el estudio.

A los participantes se les informó y explicó que el propósito del estudio. Además, se les informó que la participación en el estudio era de carácter

voluntario y que no habría penalidad alguna por rehusarse a participar o abandonar el mismo en cualquier momento, sin ser cohesionado por la investigadora. Se le explicó de antemano el beneficio potencial de formar parte de la investigación y la importancia de la misma, ya que los(as) participantes no recibieron compensación económica. La investigadora estuvo disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio. De recibir algún daño los participantes podían ser atendidos sin costo alguno en las facilidades de las clínicas que determine la Universidad Metropolitana de Puerto Rico. De hecho, el riesgo de participar en la investigación era mínimo, consistía en llenar un cuestionario en el cual algunos participantes podrían expresar cansancio y ansiedad leve durante el proceso de cumplimentar el mismo.

Además, de entender los participantes, que le fueron violados sus derechos se le proveyó el número de teléfono de la Oficina de Cumplimiento del Sistema Ana G. Méndez para que se comunicaran cuando estos lo desearan. La investigadora proveyó su número de teléfono para cualquier duda o pregunta que surgiera de parte de algún participante, luego de haber formado parte del estudio y concluido el proceso de recolección de datos en el hospital bajo estudio. Una vez recolectado los cuestionarios, estos fueron custodiados por la investigadora. La carta de consentimiento fue guardada en sobre sellado separada de los instrumentos para garantizar la objetividad y pureza del proceso, además, de garantizar el anonimato de los participantes. Esto con la idea de que la información provista en el consentimiento como fechas y firmas no

se conecte con la información provista por los participantes en el cuestionario durante y después de la investigación. Ambos, documentos fueron guardados bajo llave en un armario en la residencia principal de la investigadora, hasta el tiempo máximo determinado por el IRB, es decir, 5 años, tras los cuales se procederá a destruirlos con triturador de papeles.

Se les informó a los participantes que de publicar algún dato o resultado de este estudio se utilizaría el debido proceso de confidencialidad de los datos y anonimato y el anonimato de los sujetos. Se les enfatizó a los profesionales de la enfermería que la investigación era con fines educativos, de carácter confidencial. Por eso, el estudio está garantizado por lo que se les aseguró a los participantes por adelantado, la revisión periódica de las medidas apropiadas para proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participaron en un estudio de investigación.

Análisis de los datos

Una vez tabulados los datos de los cuestionarios, se procedió a realizar el análisis estadístico utilizando diferentes pruebas estadísticas. Durante el proceso, se realizará estadísticas descriptivas utilizando la frecuencia y el por ciento. Además, se utilizó la Prueba t para identificar si hay o no alguna diferencia entre las variables o en su lugar alguna relación estadísticamente significativa. Es decir, que las variables fueron medidas a través de la estadística descriptiva e inferencial. La variable conocimiento fue medida a través de la frecuencia y el por ciento. También se le realizó una medición inferencial

utilizando la varianza de los datos. Las variables independientes como la edad, tiempo trabajando en la institución hospitalaria y si ha tomado talleres o seminarios con respecto al tema se midieron de forma descriptiva.

Resumen

En este capítulo se presentó el diseño del estudio y los procedimientos relacionados con la investigación llevada a cabo durante el proceso. La misma es de tipo cuantitativa, descriptiva-correlacional donde se siguieron los pasos recomendados por Polit y Hungler (2000) y Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2005), los cuales establecen la manera más adecuada de llevar a cabo esta clase de investigaciones. En este capítulo se pudo demostrar que el estudio era uno viable y el tema uno de actualidad.

CAPÍTULO IV

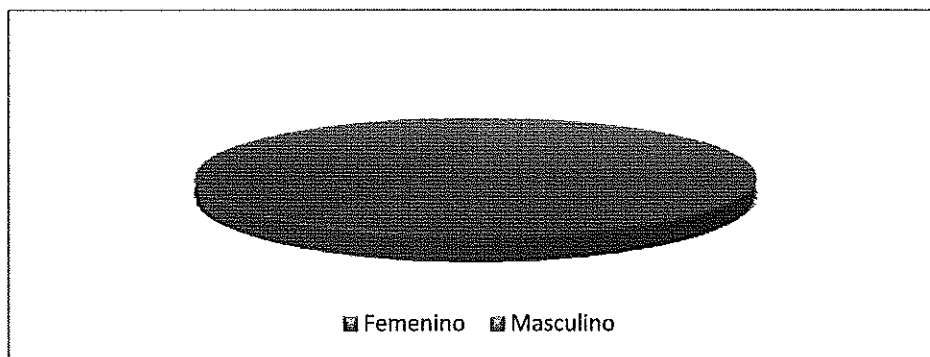
HALLAZGOS

Introducción

En este capítulo se presentan los hallazgos y el análisis de los datos de este estudio. Los datos se presentan basados en la pregunta de investigación, los objetivos e hipótesis desarrolladas por la investigadora. La pregunta de investigación fue: ¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico? Mientras que los objetivos iban dirigidos a: 1) Determinar el conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico, 2) Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería acerca de las Leyes Núm. 121 del 12 de julio del 1986, Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000 y Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007, 3) Determinar el conocimiento sobre los factores físicos, sociales y emocionales del paciente geriátrico relacionado con el suicidio.

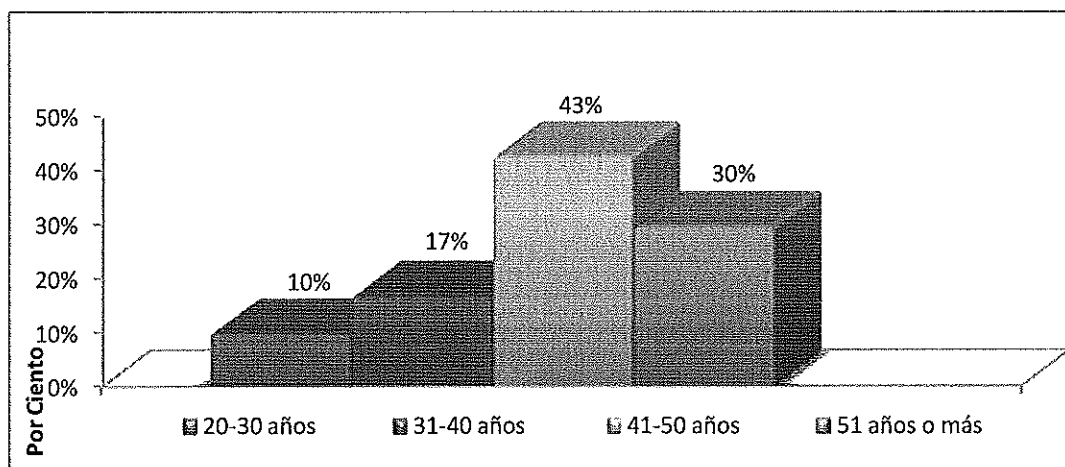
Presentación de los datos socio-demográficos

A continuación se presentan los datos socio-demográficos recopilados en el estudio. Dichos datos se presentan en el siguiente orden: género, edad, preparación académica, año trabajando en una institución hospitalaria, años trabajando con la población geriátrica.



Gráfica 2. Distribución de los participantes por género.

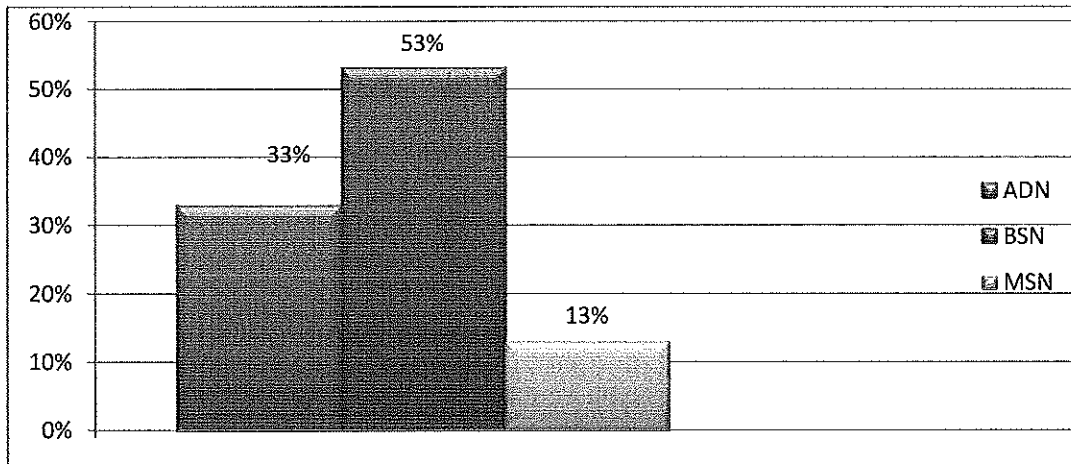
La Gráfica 2 presenta la distribución de la muestra por género. El 57% de los participantes son féminas. El 43% son masculinos. Es decir, que los datos reflejan equilibrio en la investigación en razón al género, aunque prevalece el género femenino entre los participantes del estudio.



Gráfica 3. Distribución de los participantes por edad.

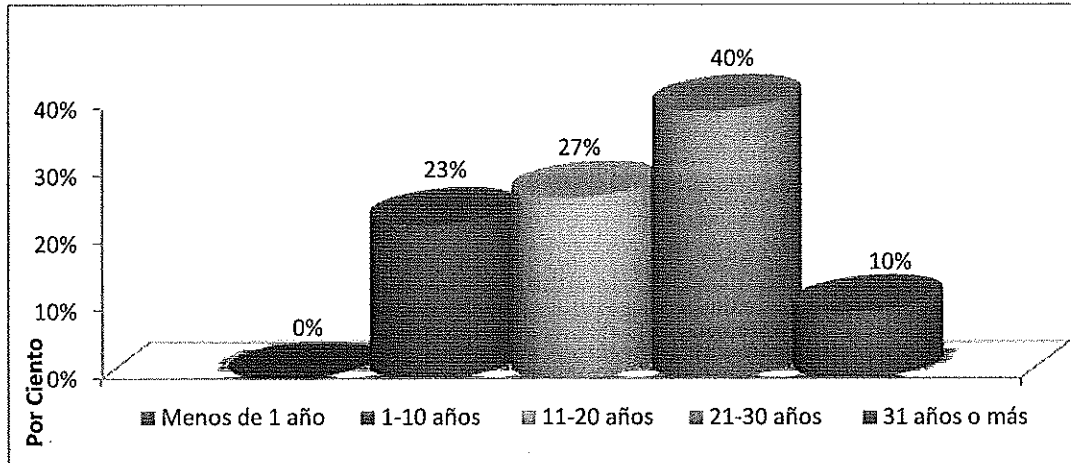
La gráfica 3 presenta la distribución de la muestra por edad. De acuerdo con los datos el 10% de los participantes del estudio estaban entre las edades de 20 a 30 años de edad, el 17% se encuentra entre las edades de 31 a 40 años, el

43% se encuentran entre las edades de 41 a 50 años de edad, mientras que el 30% tiene 51 años o más. Es decir, la muestra se concentra mayormente en los 41 años en adelante.



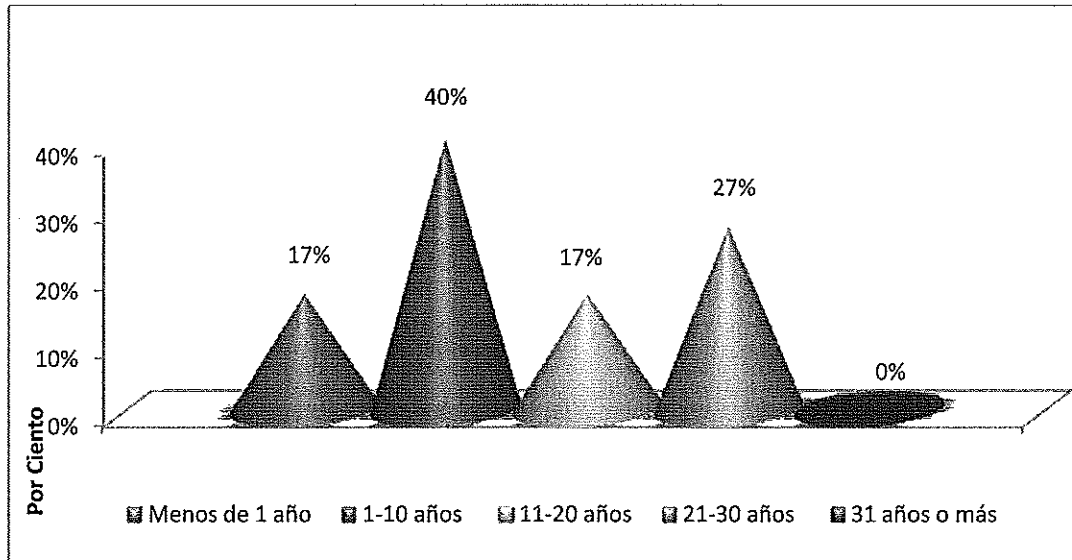
Grafica 4. Distribución de los participantes por preparación académica.

La gráfica 4 presenta la distribución de la muestra por preparación académica. Un 53% de los participantes posee un bachillerato en enfermería (BSN), seguido de los que poseen un grado asociado en enfermería (ADN) con un 33%, mientras que los que poseen una maestría en enfermería (MSN) fueron un 13% de la muestra seleccionada. Es decir, la mayoría de los participantes ostenta un grado de bachillerato en enfermería.



Gráfica 5. Distribución de los participantes por años trabajando en una institución hospitalaria.

La gráfica 5 presenta la distribución de la muestra por años trabajando en una institución hospitalaria. De acuerdo con los datos no hubo personas con menos de un año trabajando en la agencia bajo estudio. El 23% de los participantes del estudio estaban entre 1 año a 10 años de servicio, el 27% tenía entre 11 a 20 años laborando, el 40% entre 21 a 30 años trabajando para la institución y solo un 10% tenía 31 años o mas trabajando en una institución hospitalaria. La mayoría de los participantes tiene 21 años o más trabajando para una institución hospitalaria.



Gráfica 6. Distribución de los participantes por años trabajando con la población geriátrica.

La gráfica 6 presenta la distribución de la muestra por años trabajando con la población geriátrica. De acuerdo con los datos no hubo personas con 31 años o más laborando con ancianos. El 40% de los participantes del estudio tienen entre 1 año a 10 años trabajando para la población geriátrica, el 27% tenía entre 21 a 30 años laborando con este tipo de pacientes, mientras que el 17% de los profesionales de la enfermería tienen menos de un año manejando pacientes geriátricos, igual porcentaje lo obtuvo el grupo entre 11 a 20 años. El grupo mayor de profesionales es de 1 a 10 años de experiencia cuidando pacientes geriátricos.

Presentación de datos generales del conocimiento de indicadores suicidas y temas relacionados

A continuación se presentan los datos generales sobre el conocimiento que poseen los profesionales de la enfermería sobre las leyes, indicadores de riesgo y factores de riesgo suicida en la población geriátrica.

Tabla 6

Distribución de los participantes de acuerdo al conocimiento general que tienen sobre los indicadores suicidas, adiestramientos y leyes relacionadas

	SI		NO	
	f	%	f	%
Conoce lo que son indicadores suicidas en ancianos	26	87	4	13
Ha tomado talleres relacionados con indicadores Suicidas	23	77	7	23
Conoce la ley 121 del 12 de julio de 1996	20	67	10	33
Conoce la Ley 408 del 2 de julio de 2000	29	97	1	3
Conoce la Ley 89 del 30 de julio de 2007	13	43	17	57

La Tabla 6 presenta la distribución de la muestra de acuerdo al conocimiento general que poseen sobre los indicadores suicidas, adiestramientos y leyes relacionadas. De acuerdo a los datos revelados el 87% de los profesionales de la enfermería que participaron en el estudio conocen los indicadores suicidas en los ancianos, y la mayoría, ósea, un 77% a tomado talleres relacionados con los indicadores suicidas.

Cuando se examinan los datos sobre el conocimiento que tiene el personal sobre las leyes relacionadas con este tema los resultados revelan lo siguiente. El personal posee más conocimiento de la Ley 408 que las demás leyes con un 97%, seguido de la Ley 121 con un 67%, y la Ley 89 con un 43%. La ley que menos conocen es la Ley 89, donde el 57% de los participantes indicó no conocer la misma.

La Tabla 7 presenta la distribución de las respuestas de la muestra de lo que estos creen son los indicadores suicidas en los ancianos. De acuerdo a los resultados los profesionales de la enfermería se inclinaron a identificar cinco de los 11 factores que se incluyeron en la lista como los indicadores suicidas en la población geriátrica.

Los factores seleccionados fueron los siguientes: 1) Dejar de comer, bañarse y/o tomar sus medicamentos con 90%, 2) Pensar mucho en la muerte y Decir que nadie se preocupa por ellos, y que su vida no vale la pena ambos con un 87%, 3) Hacer comentarios, gestos o demostraciones suicidas con un 83%, y 4) Pensar mucho en el suicidio con un 80%. Otros que no fueron claramente identificado como factores asociados al suicidio o como un indicador de este fueron: 1) Tener un plan específico para suicidarse con un 70%, 2) Cuando se está viejo y solo, existen mayores indicios de cometer suicidio con un 67%, y 3) Regalar efectos personales si está deprimido con un 57%.

Tabla 7

Distribución de las respuestas de los participantes sobre el conocimiento que tienen de los indicadores suicidas.

	f	%
Hacer comentarios, gestos o demostraciones suicidas	25	83
Pensar mucho en la muerte	26	87
Pensar mucho en el suicidio	24	80
La mayoría de los ancianos que hablan de suicidarse nunca se suicidan	6	20
Cuando se está viejo y solo, existen mayores indicios de cometer suicidio	20	67
Regalar efectos personales si está deprimido	17	57
Decir que nadie se preocupa por ellos, y que su vida no vale la pena	26	87
El intento suicida es solamente una acción del anciano para llamar la atención	2	7
Dejar de comer, bañarse y/o tomar sus medicamentos	27	90
Alegría repentina después de un periodo de depresión	9	30
Tener un plan específico para suicidarse	21	70

La Tabla 8 muestra los resultados obtenidos sobre los factores de riesgo identificados por el personal sobre la conducta suicida en los pacientes geriátricos. A continuación la presentación de la misma.

Tabla 8

Distribución de las respuestas de los participantes sobre los factores de riesgos de conducta suicida en los pacientes geriátricos

Factores	f	%
Físicos		
Edad (65 a 70 años)	15	50
Edad (menos de 65 años o mayor de 70 años)	4	13
La jubilación	13	43
La llegada de la ancianidad como estadio de vida	12	40
Género, especialmente en varones	13	43
Género, especialmente en mujeres	2	7
Enfermedad física crónica	29	97
Emocionales		
Antecedentes previos de intentos de suicidio	21	70
Enfermedades siquiátricas previas, en especial, la depresión	26	87
Pensamientos homicidas	9	30
Callar las ideas suicidas	18	60
Situación de duelo por pérdida de un ser querido	25	83
Sociales		
Estado civil (viudo, soltero o separado) en hombres	22	73
Estado civil (casado) en hombres	3	10
Estado civil (viuda, soltera o separada) mujeres	6	20
Falta de interacción social	17	57
Bajo nivel económico	21	70
Abandono familiar	26	87
Alejarlo o mudarlo de su casa (desarraigarlo de su familia a otro lugar)	27	90
Falta de protección social (servicios de salud, seguridad económica, alimentos y vivienda)	17	57

De acuerdo a los datos, las respuestas de los participantes sobre los factores de riesgos de conducta suicida en los pacientes geriátricos fueron variadas. Estos identificaron en los factores físicos: Enfermedad física crónica con 97%, y la Edad (65 a 70 años) con un 50%. Mientras que los factores emocionales, los participantes indicaron que los factores de riesgo de la conducta suicida son: Enfermedades siquiátricas previas, en especial, la depresión con un 87%, seguido de Situación de duelo por pérdida de un ser querido con un 83%. Respecto a los riesgos sociales los participantes identificaron los siguientes: Alejarlo o mudarlo de su casa (desarraigarlo de su familia a otro lugar) con un 90%, y Abandono familiar con un 87%.

Hallazgos a base de la pregunta y objetivos de la investigación

La pregunta de investigación fue: ¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico? Mientras que los objetivos iban dirigidos a: 1) Determinar el conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico, 2) Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería acerca de las Leyes Núm. 121 del 12 de julio del 1986, Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000 y Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007, 3) Determinar el conocimiento sobre los factores físicos, sociales y emocionales del paciente geriátrico relacionado con el suicidio.

Se realizó el análisis de los datos de acuerdo a los objetivos y la pregunta de investigación. El primer objetivo establece determinar el conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico. Primero, la investigadora exploró, de acuerdo a la opinión de los profesionales de la enfermería que participaron en el estudio sobre el conocimiento respecto a los indicadores suicidas en los ancianos, el 87% indicó que conocía dichos riesgos (según su percepción).

Luego de esto, se aplicó una prueba para medir conocimiento, que se encontraba en la sección III del cuestionario. En esta sección los participantes deberían seleccionar o identificar de una lista de 11 premisas los indicadores de riesgo suicida en los ancianos. En dicha prueba había 7 premisas que representaban los indicadores de riesgo suicida en los ancianos (premisas 1, 2, 3, 6, 7, 10 y 11) según Elsevier (2006) y 4 premisas que no representaban indicadores de riesgo (premisas 4, 5, 8 y 9). Las mismas no estaban identificadas ni tenían un orden específico para propósitos de medir cuánto conocimiento tenían los participantes sobre las mismas.

Se sumaron cada uno de los resultados correctamente contestados e incorrectamente contestados para determinar cuánto conocimiento tienen los participantes con respecto a los indicadores de riesgo suicida en los ancianos. Luego se promediaron la sumatoria de las premisas correctamente contestadas por los participantes, incorrectamente contestadas por los participantes por el total 11 premisas. Una vez obtenido este resultado se utilizó la escala de 100% a

0% utilizada en las universidades de Puerto Rico para ubicar el nivel de conocimiento que poseían los participantes respecto a los indicadores suicidas en los ancianos. Dicha escala determina que de 100% a 90% es excelente, 89% a 80% es bueno, 79% a 70% es promedio, 69% a 60% es deficiente, y de 59% a 0% es fracasado (Consejo General de Educación, 2010).

Primero, se determinó cuántos de los participantes contestaron correctamente la prueba se identificaron el número de participantes que contestaron correctamente la prueba versus los que contestaron incorrectamente la prueba. En la tabla 9 se evidencia el resultado total en el renglón mencionado, donde un 43% de los participantes contestó las premisas correctamente, un 47% contestó las premisas incorrectamente.

Tabla 9. Distribución del número de participantes que contestó las premisas correctas e incorrectas sobre los indicadores suicidas en los ancianos

Criterio	f	%
Número de participantes con premisas correctamente contestadas	13	43
Número de participantes con premisas incorrectamente contestadas	14	47

Luego se procedió a calcular específicamente, el resultado de la prueba de conocimiento administrada al personal de enfermería sobre los indicadores suicidas. Los datos demuestran que el personal bajo estudio alcanzó un 70% en la

prueba, lo que significa de acuerdo a la escala utilizada, un conocimiento promedio. Sin embargo, al promediar los resultados de los participantes que contestaron correctamente e incorrectamente las premisas se alcanzó un 67%. Esto indica que se tiene un conocimiento deficiente.

Tabla 10. Análisis de las respuestas correctas respecto al conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre los indicadores suicidas

Premisas	Contestadas Correctamente		Contestadas Incorrectamente	
	f	%	f	%
Hacer comentarios, gestos o demostraciones suicidas	25	83	—	—
Pensar mucho en la muerte	26	87	—	—
Pensar mucho en el suicidio	24	80	—	—
Regalar efectos personales si se está deprimido	17	57	—	—
La mayoría de los ancianos que hablan de suicidarse nunca se suicidan	—	—	6	20
Cuando se está viejo y solo, existen mayores indicios de cometer suicidio	—	—	20	67
Decir que nadie se preocupa por él, y que su vida no vale la pena	26	87	—	—
El intento suicida es solamente una acción del anciano para llama la atención	—	—	2	7
Dejar de comer, bañarse, y/o tomar sus medicamentos	—	—	27	90
Alegría repentina después de un periodo de depresión	9	30	—	—
Tener un plan específico para suicidarse	21	70	—	—
Total promediado	21	70	14	47

Una vez obtenido el resultado general de conocimiento en la prueba, se procede a realizar un análisis específico del conocimiento que tiene los profesionales de enfermería sobre las leyes relacionadas (Ley 48, Ley 121 y Ley 89) con los ancianos y el suicidio. Esto con el propósito de contestar el segundo objetivo de la investigación, Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería acerca de las Leyes Núm. 121 del 12 de julio del 1986, Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000 y Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007, Para ello, se sumaron las respuestas positivas respecto al conocimiento de las leyes. Luego se sumaron y se promediaron de acuerdo al número de respuestas correctas (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Análisis de las respuestas respecto al conocimiento que tiene los profesionales de enfermería sobre las leyes relacionadas con los ancianos y el suicidio

Premisas	Tiene conocimiento	
	f	%
Ley 121 del 12 de julio de 1996	20	67
Ley 408 del 2 de julio de 2000	29	97
Ley 89 del 30 de julio de 2007	13	43
Total promediado	21	67

En la tabla 11 se evidencia que un 67% tiene conocimiento de las leyes relacionadas con los ancianos y que a su vez son aplicadas cuando se enfrenta el profesional de enfermería a una conducta suicida al cuidar una paciente de la tercera edad. Para ubicar el nivel de conocimiento obtenido, se procede aplicar la escala de 100% a 0% utilizada en las universidades de Puerto Rico. La misma determina que de 100% a 90% es excelente, 89% a 80% es bueno, 79% a 70% es promedio, 69% a 60% es deficiente, y de 59% a 0% es fracasado (Consejo General de Educación, 2010). En este caso, al medir el conocimiento individual por cada ley que tenían los participantes se encontró que solo dominan la Ley 408 con un nivel de excelencia. El dominio de la Ley 121 es deficiente y el de la Ley 89 es fracasado. En términos generales, al promediar los resultados de esta sección el conocimiento del personal de enfermería que formó parte del estudio sobre las leyes 121, 48 y 89 es deficiente con un 67%.

Una vez obtenido estos resultados, se procede a contestar el tercer objetivo de investigación: Determinar el conocimiento sobre los factores físicos, sociales y emocionales del paciente geriátrico relacionado con el suicidio. Para medir el conocimiento se desarrollo una prueba donde los participantes debían identificar los factores de riesgos suicidas en los ancianos. En la parte IV del cuestionario estaba esta prueba compuesta de 20 premisas, de estas la 1, 3, 5, 7 de los factores físicos eran correctas, mientras que la 1, 2, y 5 de los factores emocionales eran correctas, y la 1, 4, 5, 6, 7, y 8 eran las premisas correctas de los factores sociales. Las mismas no estaban identificadas ni tenían un orden específico para

propósitos de medir cuánto conocimiento tenían los participantes sobre las mismas.

Se llevó a cabo el mismo procedimiento utilizado en la prueba para medir conocimiento de los indicadores de riesgo suicida en los ancianos para analizar los resultados. Se sumaron cada uno de los resultados correctamente contestados e incorrectamente contestados para determinar cuánto conocimiento tienen los participantes con respecto a los factores de riesgo de conducta suicida en los pacientes geriátricos. Luego se promediaron la sumatoria de las premisas correctamente contestadas por los participantes, incorrectamente contestadas por los participantes por el total 20 premisas. Una vez obtenido este resultado se utilizó la escala de 100% a 0% utilizada en las universidades de Puerto Rico para ubicar el nivel de conocimiento que poseían los participantes respecto a los indicadores suicidas en los ancianos. Dicha escala determina que de 100% a 90% es excelente, 89% a 80% es bueno, 79% a 70% es promedio, 69% a 60% es deficiente, y de 59% a 0% es fracasado (Consejo General de Educación, 2010).

De acuerdo a los resultados que revelan la prueba mencionada, el nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre los factores de riesgo de conducta suicida en los pacientes geriátrico es de 65%, lo que significa que es uno deficiente. Al analizar específicamente, el número de participantes que contestaron correctamente las premisas por cada factor se puede evidenciar que el conocimiento que más poseen los participantes, de las tres categorías evaluadas, son los factores de riesgos emocionales (ver Tabla 12).

Tabla 12.

Distribución del número de participantes que contestó las premisas correctas e incorrectas sobre los factores de riesgo de conducta suicida en los pacientes geriátricos

Premisas	Número de participantes que contestaron las premisas correctamente		Número de participantes que contestaron las premisas correctamente	
	f	%	f	%
Factores físicos	17	58	20	67
Factores emocionales	24	80	22	73
Factores sociales	22	73	15	50
Total promediado	21	70	19	63

En la tabla 12 demuestra se evidencia que el 70% de los participantes contestó correctamente las premisas, seguido de un 63% que seleccionó las premisas incorrectas durante la prueba sobre los factores de riesgo de conducta suicida en los pacientes geriátricos. Al promediar los resultados de los participantes que contestaron correctamente y los que contestaron incorrectamente la prueba en el nivel de conocimiento en esa sección fue de 67%. Esto indica que se tiene un conocimiento deficiente.

Al contestar la pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico? La respuesta es que el profesional de la enfermería bajo estudio tiene un conocimiento deficiente, no solo en los indicadores suicidas en el paciente geriátrico, estos carecen de conocimiento suficiente sobre las leyes

relacionadas con el cuidado del viejo y aquellos riesgos suicidas que pueden identificarse en esta población.

Resumen

Estudio descriptivo, compuesto de 30 profesionales de la enfermería. El 57% de los participantes son féminas. La edad promedio de los participantes fue 42 años, el 43% se encuentran entre las edades de 41 a 50 años de edad. La mayoría posee un bachillerato en enfermería (BSN) con 53%. El promedio de años trabajando en una institución hospitalaria fue de 29 años, el 40% entre 21 a 30 años trabajando para la institución. El 40% de los participantes del estudio tienen entre 1 año a 10 años trabajando para la población geriátrica. En promedio los profesionales de la enfermería tienen 9 años laborando con poblaciones geriátricas. De acuerdo a los datos revelados el 87% de los profesionales de la enfermería (según su percepción) que participaron en el estudio conocen los indicadores suicidas en los ancianos, y la mayoría, ósea, un 77% a tomado talleres relacionados con los indicadores suicidas. Cuando se aplicó la prueba de conocimiento sobre indicadores de riesgo, demuestran que los participantes alcanzaron un 67% de nivel de conocimiento. Este es un conocimiento deficiente. El personal posee más conocimiento de la Ley 408 que las demás leyes con un 97%. En términos generales, al promediar los resultados de esta sección el conocimiento del personal de enfermería que formó parte del estudio sobre las leyes 121, 48 y 89 es deficiente con un 67%.

Por otro lado, los tres principales indicadores de riesgo suicida en los ancianos seleccionados por los participantes fueron los siguientes: 1) Dejar de comer, bañarse y/o tomar sus medicamentos con 90%, 2) Pensar mucho en la muerte y Decir que nadie se preocupa por ellos, y que su vida no vale la pena ambos con un 87%, 3) Hacer comentarios, gestos o demostraciones suicidas con un 83%.

También, los participantes identificaron los factores de riesgos físicos, emocionales y sociales relacionados con las conductas suicidas en el paciente geriátrico. En riesgo físico: Enfermedad física crónica con 97%, en riesgo emocional Enfermedades psiquiátricas previas con un 87%, y en riesgo social Alejarlo o mudarlo de su casa (desarraigarlo de su familia a otro lugar) con un 90%. Los resultados de la prueba demuestran que los participantes alcanzaron un 67% en el nivel de conocimiento en esa sección. Este es un conocimiento deficiente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS

Introducción

A continuación se presenta el análisis de los hallazgos del estudio, el cual tenía el propósito de utilizar los resultados de la investigación para establecer las implicaciones que tienen los hallazgos del estudio en la práctica de enfermería en Puerto Rico. Los objetivos de esta investigación fueron los siguientes: 1) Determinar el conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico, 2) Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería acerca de las Leyes Núm. 121 del 12 de julio del 1986, Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000 y Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007, 3) Determinar el conocimiento sobre los factores físicos, sociales y emocionales del paciente geriátrico relacionado con el suicidio.

Análisis de los hallazgos

El análisis de este estudio está basado en los objetivos y preguntas de investigación formuladas. El primer objetivo de investigación fue determinar el conocimiento del profesional de la enfermería en relación a indicadores suicidas en el paciente geriátrico. De acuerdo a la percepción de los profesionales que participaron en el estudio, el 87% indican conocer los indicadores suicidas en los ancianos, y la mayoría, ósea, un 77% a tomado talleres relacionados con los indicadores suicidas. García do Nascimento (2005) señala que la percepción

errónea sobre el conocimiento que se poseen los profesionales de la enfermería puede resultar en intervenciones inapropiadas para el paciente. Esto resulta de esta manera, ya que una enfermera que piense tiene el conocimiento apropiado de un manejo o condición de pacientes procura aprender menos de dicho tema. Según Dorsch (1991) el conocimiento se refiere a lo que se sabe con seguridad que corresponde notoriamente a la realidad. También se dice que es el proceso percepción y pensamiento que se da a través de las cosas. Es decir, el conocimiento significa tener dominio de un tema, un manejo, o condición que asegura la competitividad del que ejecuta la acción. Sin embargo, este dominio aparente puede estar afectado por la percepción, la cual es definida como la entrada en la conciencia una impresión sensorial que se conoce y que fomenta una actitud hacia algo.

Por eso, no es raro encontrar que solo un 77% de los profesionales de enfermería bajo estudio han tomado talleres o adiestramientos sobre los indicadores suicidas, aun trabajando en instituciones psiquiátricas. El indicar que conocen sobre el tema contrasta con la prueba de conocimiento administrada a los participantes. De acuerdo a los resultados luego de administrada la prueba para medir el nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre los factores de riesgo de conducta suicida en los pacientes geriátrico estos alcanzaron un 65%, lo que significa que es uno deficiente. Es decir, que el conocimiento reportado por los profesionales de enfermería según su percepción, es contrario a los resultados demostrados al tomar la prueba de conocimiento.

Los profesionales de enfermería según su percepción tenían un conocimiento bueno (87%) de los indicadores de riesgo suicida, pero al tomar la prueba solo alcanzaron un 67%, lo que demuestran un el nivel de conocimiento deficiente.

El conocimiento deficiente en los indicadores de riesgo pone en peligro a los pacientes geriátricos que presentan estos signos. Sobre este particular Blanca Casas y Guibert Reyes (1998) indican que la enfermera debe desarrollar las habilidades necesarias para realizar adecuadamente el proceso de atención de enfermería y dominar las principales características psicosociales del suicidio, las cuales resultan indispensables para aprender a identificar los indicadores o señales de peligro del comportamiento suicida y sus factores de riesgo. Los autores al igual que este estudio encontraron que los profesionales de la enfermería tenían un conocimiento limitado sobre los indicadores de riesgo suicida en sus pacientes, lo que resulta en un potencial peligro ético-legal en las instituciones de salud.

Enfatizan Blanca Casas y Guibert Reyes (1998) sobre este particular que es importante el desarrollo y difusión de técnicas sencillas referidas a la identificación y manejo de pacientes con comportamientos no saludables o suicidas y la educación al personal de enfermería es vital para este llevar a cabo este proceso, el cual debe ser apoyado por los servicios especializados en salud mental. Estas gestiones propician un diagnóstico precoz e intervenciones de mayor calidad que se ajusten a las necesidades psicosociales de nuestra población y a los requerimientos científicos de los problemas de salud que

presentan. Los autores concluyeron que el aumento del conocimiento sobre la conducta suicida, la búsqueda activa de las señales de peligro y factores de riesgo unido a una intervención preventiva eficaz del personal de enfermería en su población sería una contribución relevante a la disminución del impacto de este problema de salud en el sistema de salud.

Smith (2004) y Howell (2008) señalan en sus estudios la importancia que debe poseer el profesional de la salud sobre los indicadores de riesgo suicida en los ancianos, especialmente cuando estos están bajo sus cuidados. Los profesionales de la salud que no conocen los indicadores de riesgo suicida no se percatan de las señales clásicas del suicidio, las cuales en ocasiones son muy sutiles. Tampoco son capaces de proveer las precauciones suicidas necesarias para evitar que se ejecute el mismo por el paciente en una institución hospitalaria. Este hecho, hace que el profesional de enfermería no pueda diagnosticar adecuadamente el estado mental del paciente ni hacer los referidos oportunos a los especialistas en conducta y salud mental. De acuerdo a estos autores, es necesario que el personal de salud primario, como lo es el profesional de enfermería conozca a profundidad las señales suicidas para prevenir este acto en poblaciones a riesgo como lo son los ancianos.

El segundo objetivo de la presente investigación proponía determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería acerca de las Leyes Núm. 121 del 12 de julio del 1986, Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000 y Ley Núm. 89 del 30 de julio de 2007. De acuerdo a los datos, el personal posee más

conocimiento de la Ley 408 que las demás leyes con un 97%. Sin embargo, el conocimiento del personal de enfermería que formó parte del estudio sobre las leyes 121, 48 y 89 es deficiente con un 67%.

Fry y Johnstone (2010) señalan la importancia del aspecto ético legal de la práctica de enfermería. Los autores enfatizan la importancia del conocimiento que debe tener el profesional de enfermería sobre las leyes, reglamentos, códigos deontológicos que puedan afectar la práctica de enfermería. Sobre este particular Pérez (2005) indica que durante la atención de enfermería se presentan situaciones que implican derechos, deberes y obligaciones del profesional, tanto para sus pacientes, colegas y sociedad en general. Actualmente en el marco legal de cualquier país enfermería es regulada por leyes que deben ser conocidas para no violar las mismas.

No solo existen leyes para enfermería que regulan específicamente su ejercicio en la sociedad, en los sistemas políticos y legales de un país existen otras leyes que inciden en ese ejercicio que deben ser conocidas por los(as) enfermeros(as). En este caso, la Ley 408 que regula el tratamiento y derechos del paciente mental es la más conocida por los profesionales de enfermería que participaron en el estudio. Esto denota que al estar expuesto a esta ley con más frecuencia en su ejercicio profesional, ya que los participantes trabajan en una institución de salud mental, conocen más sobre dicha ley. No obstante, es preocupante, que el personal de enfermería encuestado no conozca en términos generales sobre las leyes relacionadas con la práctica, cuando las mismas se

refieren al cuidado y derechos de la población geriátrica. Este conocimiento fue deficiente, lo que es preocupante que en tópicos tan importantes como los Deberes y Derechos sobre el cuidado del paciente geriátrico se ubiquen en un nivel de conocimiento bajo, es decir, que sobre las obligaciones y los derechos que establece la ley no se tiene conocimiento lo que representa un gran factor de riesgo para estos profesionales en su campo laboral.

Arrollo (1997) afirma que, el desempeño profesional de la enfermería se confunden con relativa frecuencia las normas éticas y jurídicas producidas con la creación de nuevas leyes que protegen a los individuos. Es preciso dejar bien claro que, si bien entre unas y otras existen similitudes en el derecho que tienen los pacientes de recibir un cuidado de calidad o servicios óptimos, los profesionales de enfermería tienen su propia responsabilidad ética y moral que lo distinguen de otras profesiones. Las normas jurídicas que emanan de otras leyes que afectan a enfermería, pertenecen al derecho, siendo este quien determina la legalidad de los actos y, por tanto, la legitimación jurídica de los actos profesionales de enfermería. Es por eso, que los profesionales que pertenecen a enfermería deben tener un conocimiento amplio sobre las leyes que la regulan, de manera que no se violen los derechos reconocidos en los individuos que están bajo sus cuidados. Por eso, según Pérez (2005) es necesario ofrecer a estos futuros profesionales la información que les permita conocer y analizar la Ley que ampara su ejercicio profesional, para así lograr cada día más

la búsqueda de nuevas estrategias que fortalezcan el conocimiento, independencia y liderazgo de la profesión.

Por último, el tercer objetivo de la investigación fue determinar el conocimiento sobre los factores físicos, sociales y emocionales del paciente geriátrico relacionado con el suicidio. Los resultados de la prueba demuestran que los participantes alcanzaron un 67% en el nivel de conocimiento en esa sección. Este es un conocimiento deficiente. De acuerdo con García de Jalón y Peralta (2002) indican que la conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo auto lítico de un individuo. Se podrían clasificar en tres grandes grupos: socio-demográficos, clínicos y genéticos/ neurobiológicos.

De aquí la importancia de que el personal, además de conocer los indicadores del suicidio, no lo confundan con los factores de riesgo. Los indicadores son aquellos eventos inmediatos que el personal de salud identifica en el paciente, que le indican que está próximo a cometer un suicidio. Mientras que los factores de riesgos, son eventos o condiciones socio-económicas, biológicas o mentales que llevan a la persona a estar catalogada como población sensible a cometer suicidio. Sin embargo, hay que destacar que estos factores no necesariamente desencadenan en el suicidio. Estos factores solo indican

tendencias no una predicción del evento. No así, con los indicadores suicidas que cuando son identificados por el personal de salud deben indagar sobre este asunto y vigilar, hospitalizar y medicar al paciente que los presente como una medida preventiva (García -Resa, Braquehais, Blasco, Ramirez, Jimenez, Díaz-Sastre, et al., 2002; Isometsa y Lonnguest, 1998; Ros Montalbán, 1997).

Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y citado por García de Jalón y Peralta (2002) formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad *border-line* o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica.

Si el personal de salud, como el de enfermería conoce estos factores precipitantes, podría en cierto modo, prevenir la conducta suicida en los pacientes. En ocasiones los profesionales de enfermería carecen de este conocimiento debido a que las intervenciones intensas con pacientes deprimidos, terapias y otras intervenciones las delega o refiere al psicólogo, trabajo social o al psiquiatra. Esto pone en riesgo al paciente con riesgo suicida, ya que en ocasiones puede ejecutar el suicidio en una institución hospitalaria. Un

conocimiento deficiente sobre los aspectos mentales del pacientes no facilita el cuidado que se requiere en estos pacientes (Pinilla Alarcón, 2005).

Análisis de los datos a la luz del marco teórico

En esta investigación se utilizó como marco teórico el Modelo de Relaciones Interpersonales de Hildergard Peplau (1953). Peplau (1953) considera al individuo como un ser holístico con unas necesidades humanas básicas. Estas necesidades son las demandas fisiológicas y las condiciones interpersonales, utilizando métodos y principios que guían el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales. Esta visión holística del paciente se ve opacada cuando el profesional de enfermería no es capaz de determinar las necesidades del paciente geriátrico en su totalidad. La falta de conocimiento sobre leyes, indicadores de riesgos y factores de riesgos suicidas en los pacientes geriátricos pueden entorpecer la labor del profesional de enfermería al subestimar las necesidades de estos pacientes.

Según Peplau (1953), la enfermería psicodinámica no solo aporta el conocimiento necesario al intervenir en la relación enfermera-paciente, sino también, el comportamiento, conducta y sentimientos de ambos, en donde se determina la edad del sujeto, la intervención de enfermería y el resultado propuesto. Este resultado, y la dinámica terapéutica que se debe dar en la relación enfermera-paciente son incompletas cuando el personal de enfermería no es capaz de aplicar un conocimiento pleno sobre las leyes que pueden afectar su práctica relacionado con el cuidado del viejo. Igualmente, se ve afectada la

relación terapéutica cuando el paciente percibe que no se le entiende al expresar sus sentimientos, emociones o demostrar ciertas conductas. Esto definitivamente pone en riesgo dicha relación, la cual no se ajusta al modelo propuesto por Peplau (1953).

Así que la visión de la/el enfermera(o) en esta relación como instrumento educativo, para promover el desarrollo de la personalidad en dirección a un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, personal y comunitario no puede darse ante un paciente con riesgo suicida, si el profesional de enfermería carece del conocimiento para su manejo. Tener un conocimiento deficiente sobre las leyes, indicadores y factores de riesgo suicida en los pacientes geriátricos evidentemente afecta las intervenciones de enfermería.

Peplau (1953), indica que la mayor fuerza de la enfermera es su conocimiento científico la que le provee un marco de referencia para ejercer su práctica. Esto se logrará mediante el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber: (1) Orientación; (2) Identificación; (3) Exploración; (4) Resolución la cual éste último explora la respuesta selectiva del paciente frente a la ayuda ofrecida.

La Orientación está dirigida a la búsqueda de la ayuda profesional por parte del paciente en la necesidad percibida buscando la asistencia profesional en donde la /el enfermera (o) ayuda a reconocer y entender su problema. Esta parte del modelo no puede llevarse a profundidad si los profesionales de la enfermería no conocen las leyes, indicadores y factores de riesgo suicida en los pacientes geriátricos. Su ayuda en esta fase se puede ver afectada al no poder estimar las

necesidades del paciente, donde se supone que el profesional de enfermería identifica el problema para que el paciente pueda responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria, lo que Peplau (1953) le llama Identificación.

En la Exploración, el paciente intenta obtener el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación. Sin embargo, si el paciente geriátrico en resigo suicida es atendido por un profesional de enfermería inexperto o carente de conocimiento sobre este tema, no podrá suplir las necesidades del paciente. Un paciente que visualiza que el personal de enfermería no lo entiende se sentirá frustrado, y perderá la confianza en la capacidad terapéutica de la enfermera.

En la Resolución, que de acuerdo Peplau (1953), las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adopta otras nuevas, no podrán darse de manera clara si no hay un buen estimado del paciente, al no poder identificar los factores e indicadores de riesgo suicida. La relación terapéutica y psicodinámica de la enfermera es vital en el proceso de recuperación de un paciente con ideas o potencial suicida, pero se ve afectado este logro si el conocimiento que tiene dicho personal es deficiente en el manejo de pacientes geriátricos con potencial suicida. La meta del modelo es que la enfermera logre Utilizar la relación terapéutica, colaborando, educando y siendo una terapeuta para ser capaz de crear empatía con los problemas del paciente y para ello debe tener un conocimiento sólido de los indicadores suicidas en pacientes geriátricos.

Implicaciones para enfermería

Las implicaciones de los resultados de este estudio para enfermería cobra importancia ante la realidad expuesta en el mismo, los profesionales de la enfermería que formaron parte del estudio alcanzaron un conocimiento deficiente sobre las leyes relacionadas con el cuidado de los pacientes geriátricos, los factores e indicadores de riesgo. La educación de enfermería y los adiestramientos en los hospitales son de vital importancia cuando los resultados demuestran que a pesar de que se tiene un conocimiento sobre los temas señalados, este no es tan profundo para intervenir adecuadamente con un paciente geriátrico con ideas suicidas. Por ser el paciente geriátrico uno de riesgo suicida, frecuentemente, por sus condiciones socio-económicas, biológicas o mentales, es necesario que el profesional de enfermería conozca y sea capaz estimar este potencial suicida en cada paciente geriátrico que está bajo su cuidado.

Este estimado de la condición mental del paciente geriátrico, y de explorar su potencial suicida no se puede limitar a unidades u hospitales psiquiátricos, este debe ser aplicado a cada paciente que forma parte de esta población. Esto ayudaría de manera significativa a prever durante y después de la hospitalización del paciente, de modo que se apliquen tratamientos suficientes para prevenir que el paciente geriátrico se suicide en el hospital o cuando este sea dado de alta a su hogar.

Conclusiones

Las conclusiones de esta investigación presentan que los profesionales de la enfermería tienen un conocimiento limitado sobre los indicadores de riesgos suicida en el paciente geriátrico. Los profesionales de la enfermería demuestran no solo tener conocimientos deficientes sobre los indicadores, estos también presentan conocimientos deficientes de las leyes relacionadas con el cuidado del paciente geriátrico y sobre los factores de riesgo suicida en esta población. Esto, a pesar de que la percepción que tenía el personal de enfermería era que conocía de forma adecuada el tema. Los profesionales de la enfermería que laboran con pacientes geriátricos deben tener conocimiento amplio sobre las leyes aplicables al cuidado y derechos del paciente geriátrico, igualmente debe conocer y poder identificar los indicadores y factores de riesgo suicida en esta población.

La falta de este conocimiento le impide en parte, poder aplicar de manera adecuada el proceso de enfermería y el uso del Modelo Psicodinámico de Peplau. Esto pone en riesgo a la población geriátrica. Una de las implicaciones de enfermería sobre este hallazgo, es la necesidad de reforzar a través de adiestramientos a todo el personal de enfermería que está en contacto con el paciente geriátrico. Independientemente, donde se encuentre este paciente hospitalizado, se debe estimar el potencial suicida en estos pacientes y para ello se necesita tener las competencias que se ganan con el conocimiento y la experiencia manejando este tipo de pacientes. Asimismo, la educación juega un papel crucial en el cambio de ideas respecto a las conductas sexuales en los

adolescentes. El especialista clínico en enfermería juega un rol fundamental en este proceso educativo, le cual promueve el desarrollo de las competencias de sus colegas a través de la educación.

Limitaciones

A pesar de los hallazgos significativos de este estudio el mismo tiene algunas limitaciones que se mencionan a continuación:

1. La muestra fue muy pequeña, lo que impide que los resultados puedan ser aplicados a toda la población de profesionales de enfermería en Puerto Rico, por tal razón no se pueden hacer inferencias. Las muestras pequeñas limitan su aplicabilidad al grupo donde fue desarrollada la investigación.
2. El hecho de que fuera en un solo hospital que brindaba cuidados psiquiátricos limitó el poder hacer comparaciones con otros hospitales para ver si la tendencia del conocimiento que poseen los profesionales de enfermería sobre los indicadores suicidas en poblaciones geriátricas es similar. Al no segregarse las unidades de trabajo de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, tampoco permitió se pudiera hacer ese otro tipo de comparación, esta vez entre las unidades hospitalarias.
3. No se pudo evidenciar si la preparación académica del personal de enfermería afecta su conocimiento sobre los indicadores suicidas en poblaciones geriátricas, esto debido a que no se llegó a correlacional

estas variables como parte del estudio. Tampoco se consideró si la experiencia en el empleo, la experiencia con el manejo de población geriátrica y la toma de adiestramiento sobre el tema de estudio como una razón que afectara el conocimiento del profesional de enfermería sobre los indicadores suicidas en poblaciones geriátricas.

4. No se realizó una prueba piloto como parte del estudio y determinar con la misma si el cuestionario era entendido por la población a estudiar y si en efecto medía la variable de forma adecuada.

Recomendaciones

Las recomendaciones de este estudio emanan de los resultados obtenidos, de la revisión de literatura y el análisis reflexivo de la investigadora. A continuación se detallan las recomendaciones desarrolladas para este estudio y futuras investigaciones:

1. Repetir este estudio con una muestra más grande para poder hacer conclusiones e inferencias para el resto de los profesionales de la enfermería respecto al conocimiento que poseen sobre los indicadores suicidas en poblaciones geriátricas.
2. Desarrollar un estudio tipo experimental donde se ofrezca un taller sobre el tema Riesgos e indicadores suicidas en la población geriátrica para ver si existe alguna diferencia sobre el efecto de este tratamiento en el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre este tema por medio de

una pre y post prueba. También en este tipo de estudio se puede usar un solo grupo, o tener un grupo control y otro experimenta según la preferencia del investigador.

3. Desarrollar una investigación de tipo correlacional donde se relacionen las variables preparación académica conocimiento, experiencia en el empleo, la experiencia con el manejo de población geriátrica y la toma de adiestramiento afecta el conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre los indicadores suicidas en poblaciones geriátricas.
4. Efectuar una investigación sobre la incidencia de suicidios y su relación con el conocimiento que poseen los profesionales de la enfermería y otras profesiones de ayuda sobre el conocimiento que estos poseen sobre los indicadores suicidas en poblaciones geriátricas.
5. Desarrollar programas educativos para los profesionales de la enfermería para que aumenten el conocimiento sobre los indicadores suicidas en poblaciones geriátricas.
6. Desarrollar un protocolo de que permita a los profesionales de enfermería al realizar el estimado puedan determinar que pacientes geriátricos están a riesgo suicida o no a base de una lista de indicadores basado en escalas: no riesgo, riesgo leve, riesgo moderado o riesgo severo. Se considera que esta sería la mayor contribución de esta investigación, ya que sus datos demuestran el beneficio de la identificación de indicadores de riesgo

suicida para intervenir de manera apropiada y prevenir la autodestrucción del paciente.

7. Realizar una investigación tipo cualitativa para explorar la experiencia del profesional de enfermería con pacientes suicidas y con el suicidio de pacientes en una institución hospitalaria y como esta se relaciona con el conocimiento y la capacidad de estos en identificar indicadores de riesgo suicida.
8. Realizar un estudio cuantitativo para explorar los sentimientos que sufre un paciente con ideas suicidas en un hospital y su relación con la actitud del personal de enfermería hacia los indicadores de riesgo.
9. Aplicar el Modelo Psicodinámico de Peplau a pacientes con ideas suicidas cuando es utilizado por profesionales de la enfermería que laboran en una institución hospitalaria. La validación y prueba de los modelos de cuidados de enfermería basada en teorías de enfermería es esencial para promover la enfermería como ciencia.

REFERENCIAS

- Arroyo, M. (1997). *Ética y legislación en Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.
- Boyd, M.A. (2005). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. St. Louis: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chan, K.S. (2005). *An epidemiological study on older adult suicides in Hong Kong SAR*. Tesis. University of Hong Kong (Hong Kong). AAT 0809535.
- Cruz, E. (2008). *Impacto en la autoestima de un grupo de viejos viviendo en asilos de ancianos en relación con el abandono familiar*. Tesis de Maestría sin publicar. Universidad Metropolitana. San Juan, Puerto Rico.
- Departamento de Salud (2009, 2004). Estadísticas suicidios en Puerto Rico. Recuperado de, www.tendenciaspr.com
- Dorsch, F. (1991). *Diccionario de psicología*. 6a ed. Barcelona: Herder.
- ELSEVIER (2006). *Prevención de Suicidio en Ancianos*. Recuperado de, http://www.almatranquila.com/Depresi%C3%B3n/Suicidio/Prevenci%C3%B3n_de_Suicidio_en_Ancianos/
- Esquirol, J. y Herrero Vidal, E. (sf). *El suicidio en los ancianos*. Recuperado de, http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/suicidio-anciano-depresion.shtml#Escena_1Subir
- Fry, S.T. y Johnstone, M.J. (2010). *Ética en la práctica de enfermería: Una guía para la toma de decisiones éticas*. International Council of Nurses. México: Manual Moderno.
- García de Jalón, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del*

Sistema Sanitario de Navarra, 25 (3). Online. Recuperado de,
http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html

García do Nascimento, JM. (2005). *Construcción y validación de una escala de percepción personal de competencias profesionales del prelicenciado en enfermería* [tesis doctoral]. Badajoz: Universidad de Extremadura.

García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., et al. (2002). Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 112-119.

Gutiérrez Zurbarán, GT., Gil Rojo, I., Jiménez Acosta, VA., Lugo Jáuriga, B. (2001). Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2):147-51.

Heisel, M.J. (2001). *The prediction and prevention of suicide in the elderly*. Tesis. York University (Canada). AAT NQ67919.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2005). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Howell, M. (2008). *Suicide among older people: Gerontological social worker attitudes*. Tesis. Yeshiva University. AAT 3289936.

Isometsa, E.T. y Lonquist, J.K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 173, 531-535.

JANO. (2009). *Los hipnóticos y sedantes cuadruplican el riesgo de suicidio en ancianos*. Recuperado de, JANO.es.

- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575.
- Ley Núm.193 de 17 de Agosto de 2002 (P.delc.2354). *Ley de Mejoras al sustento de personas de edad avanzada enmiendas*
- Ley Núm.121 de 12 de Julio de 1986 (P.Del S.670). *Carta de derechos de la persona de edad avanzada en Puerto Rico.*
- Malphurs, J.E. (2001). *Homicide-suicide in older persons*. Tesis. University of South Florida. AAT 3009511.
- Polit, D.F. y Hungler, B.P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Quan, H. (1998). *Physical illness and suicide among the elderly*. Tesis. University of Calgary (Canada). AAT NQ34695.
- Shneidman, E. (1997). The suicide mind, Suicide as Psychache. *Bedfriending Worldwide*, 2 (5).
- Smith, A.M. (2004). Health related risk factors for *elderly suicide in San Diego County*. Tesis. University of California, San Diego and San Diego State University. AAT 3123670.
- Tango, D. (2009). *Comportamiento suicida*. Recuperado de, MedlinePlus.com/
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>
- m

- Pérez, I. (2005). *Nivel de conocimiento sobre la ley de ejercicio profesional de la enfermería en los estudiantes del sexto y décimo semestre del lapso II del programa de enfermería de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado*. Recuperado de, www.monografias.com
- Pérez Barrero, SA. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, 15(2):196-217.
- Pinilla Alarcón, M. (2005). Cuidado de enfermería en urgencias psiquiátricas. *Actual. Enferm*, 8(4):23-29
- Ros Montalbán, S. (1997). *La conducta suicida*. Grupo Arán: Editorial Ela.

ANEJOS

ANEJO 1: CUESTIONARIO

ANEJO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO