

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria

Francisco Buitrago Ramírez (Coordinador del Grupo), Ramón Ciurana Misol, Levy Chocrón Bentata, María del Carmen Fernández Alonso, Javier García Campayo, Carmen Montón Franco y Jorge Luis Tizón García

Grupo de Salud Mental del PAPPS

Introducción

Los trastornos mentales y neurológicos suponen el 14% de la carga de enfermedad a nivel mundial, y cuando se toma en cuenta el componente de discapacidad, los trastornos mentales representan el 25,3 y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, respectivamente¹⁻⁶. Se estima también que hasta el 25% de las personas padecen 1 o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, y es conocido que los pacientes con trastornos mentales graves presentan mayores tasas de mortalidad y una menor esperanza de vida. A diferencia de lo que pudiera pensarse, ese exceso de mortalidad no se explica solo por la mayor incidencia de suicidios en estos pacientes. Hasta un 80% de ese exceso de mortalidad se debe a enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer. La mayor prevalencia de estilos de vida no saludables en la población psiquiátrica (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, dieta inadecuada), de desigualdades socio-sanitarias (dificultades en la accesibilidad a servicios sanitarios, peores niveles de ingresos, menor adherencia a tratamientos, etc.) y de otras circunstancias, como la actitud de los sanitarios ante los pacientes con trastornos mentales o los efectos secundarios de muchos de los fármacos empleados en su tratamiento, están debajo de la menor esperanza de vida de estos pacientes.

Sin embargo, un 60-65% de las personas con problemas mentales graves no recibe atención adecuada, aunque existen tratamientos eficaces para dichos procesos^{3,4}. También cada vez hay más datos sobre la eficacia y coste-efectividad

de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales de forma eficaz, eficiente y segura en todas las etapas vitales, y especialmente en la primera infancia, la edad escolar y la adolescencia, y en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio^{5,6}.

La depresión y el suicidio son responsables de una proporción importante de la carga global de enfermedad. La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población mundial, con más de 350 millones de pacientes, y la depresión unipolar es la segunda causa de carga global de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años. Por su parte, el suicidio fue de nuevo en 2014 (últimas cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística) la primera causa externa de defunción en España, con 3.910 muertes, y se estima que alrededor de 1 millón de personas se quitan la vida cada año en el mundo. También la violencia de género continúa siendo un grave problema de salud pública, con un total de 60 mujeres muertas en 2015 a manos de sus parejas y exparejas y con 13 fallecidas a fecha de 15 de marzo de 2016.

Actualmente, la población mayor de 65 años representa el 18,2% de la población total española y se espera que este grupo, en un contexto de disminución de la natalidad, continúe aumentando en los próximos años, por lo que la atención a jubilados y personas mayores se ha convertido en un objetivo de salud pública.

Por otro lado, continuamos asistiendo a 2 situaciones que pudieran parecer paradójicas: el *infratratamiento de los trastornos mentales graves* (a pesar de la referida disponibilidad de tratamientos eficaces) y la *medicalización y psiquiatrización*

ción de la vida cotidiana, con cada día más personas que no son capaces de afrontar eficazmente situaciones estresantes cotidianas (problemas relacionales, duelos, fracasos, rupturas, reveses o contrariedades) sin recurrir a tratamientos farmacológicos. En este contexto, las posibles estrategias para mejorar la salud mental de las personas y prevenir sus trastornos serían: a) la promoción de la salud mental y la prevención primaria de sus trastornos; b) la detección e intervención precoz del trastorno mental grave (tan cerca de la comunidad y del entorno afectivo y familiar del paciente como sea posible), y c) la atención integral y continuada de los pacientes (asegurando la continuidad de los cuidados y la integración de servicios, orientándolos a la promoción de la autonomía personal y a la reinserción relacional, social y laboral).

Existe la idea, ampliamente compartida pero injustificada por errónea, de que todas estas actuaciones de salud mental son sofisticadas y que solamente podrían ser ofertadas por personal altamente especializado, a pesar de que investigaciones recientes confirman la factibilidad de ofrecer intervenciones farmacológicas y psicológicas en el nivel de atención sanitaria no especializada^{3,4}. Lo que se requiere, en expresión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el trabajo sensible de personal debidamente formado en el uso de fármacos relativamente baratos y en habilidades de soporte psicológico en el ámbito extrahospitalario.

La atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales por 3 razones: la primera, porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos; la segunda, porque múltiples investigaciones apuntan a que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS, y la tercera, porque a nivel pragmático y sanitario los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los médicos de familia tienen una peor evolución. De ahí, la importancia de una perspectiva biopsicosocial real, desde una aproximación de la atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad, es decir, desde una perspectiva en la cual lo “psicológico” y lo “emocional” no resulten “apeados” del modelo teórico o práctico, sino integrados en una visión holística del ser humano-consultante y comprendiendo que esa interpretación no es un adorno “humanístico” y sensible, sino un componente tecnológico, además de humano, indispensable para una aproximación asistencial de calidad.

El Grupo de Trabajo del PAPPS para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de sus Trastornos considera, desde su constitución, que los profesionales de la APS, no solo los médicos, también los profesionales de enfermería y los trabajadores sociales, pueden jugar un papel relevante tanto en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario, facilitando la continuidad de los cuidados y evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves y, a veces, irreparables. Además, la accesibilidad, el conocimiento de la familia y del contexto que aportan los profesionales de AP facilitan la coordinación con los dispositivos especializados y los servicios sociales, tan importante en este tipo de pacientes.

Los subprogramas incluidos en la actualidad en el Programa de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de sus Trastornos se muestran en la tabla 1. En los programas propuestos se incluyen recomendaciones para los usuarios y sus familiares y, en ocasiones, también para la administración sanitaria. Las recomendaciones se basan en revisiones de los estudios sobre la efectividad de distintas intervenciones y en recomendaciones emitidas por organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en prevención.

A continuación se presentan las recomendaciones de los 3 subprogramas (Prevención del suicidio, Preparación de la red social para la jubilación y Ancianos con frecuentes cambios de domicilio), actualizadas para esta revisión, materiales que a texto completo, junto con el resto de los programas, estarán disponibles en la página web de la semFYC y del PAPPS.

Prevención del suicidio

Puntos clave

- En el mundo mueren cada año por suicidio cerca de 1 millón de personas. Es la segunda causa de mortalidad entre personas de 15 a 29 años.
- Se estima que por cada suicidio consumado se dan 20 o 25 intentos de suicidio. Toda comunicación de ideación suicida, y más un intento suicida, ha de ser considerada una situación de riesgo sanitario.

Tabla 1 Programa de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de sus Trastornos del PAPPS

Infancia-adolescencia

- Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio
- Embarazo en la adolescencia
- Hijos de familias monoparentales^a
- Retraso escolar
- Trastorno en el desarrollo del lenguaje
- Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres
- Maltrato infantil
- Trastornos del comportamiento alimentario
- Acoso escolar^a

Adultos-ancianos

- Pérdida de funciones psicofísicas importantes
- Atención del paciente terminal y de su familia
- Pérdida de un familiar o allegado
- Jubilación (preparación de la red social para la jubilación)^b
- Cambio frecuentes de domicilio en el anciano^b
- Violencia en la pareja^a
- Malos tratos a los ancianos^a
- Acoso laboral^a

Común a ambos grupos

- Diagnóstico precoz de la depresión y de los trastornos por ansiedad
- Prevención del suicidio^b

^aProgramas revisados en 2014.

^bProgramas revisados y actualizados en 2016.

- Muchos suicidios son prevenibles, pero se necesitan estrategias intersectoriales y nacionales para lograrlo, un tema que parece no preocupar a determinados poderes públicos.
- El aislamiento social, los sentimientos de soledad y desesperanza, los trastornos mentales graves y el uso inadecuado de alcohol u otras drogas contribuyen a que se cometan muchos suicidios en todo el mundo.
- La comunidad desempeña una función crucial en la prevención del suicidio: por ejemplo, prestando apoyo social a los individuos vulnerables, ayudando en el seguimiento, luchando contra la estigmatización y apoyando a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado.
- No hay un fármaco para la ideación suicida ni una psicoterapia “fácil y rápida” para la ideación suicida ni para las comunicaciones, sentimientos y conductas de suicidio.
- El uso de antidepresivos sin un diagnóstico relacional del porqué de la ideación suicida está contraindicado: varios antidepresivos aumentan la impulsión, particularmente en adolescentes, ancianos y sujetos predispuestos, con lo que se puede estar facilitando el suicidio (o el homicidio).
- La principal medida preventiva a realizar en AP es la capacitación de los profesionales en el manejo diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica.
- En cada centro de salud, es recomendable la realización de sesiones técnicas sobre el tema e imprescindible la realización de sesiones clínicas sobre los pacientes suicidas o suicidarios.
- En todos los casos de alto riesgo de conducta suicida es recomendable la interconsulta con el equipo de salud mental.

Introducción

Desde un punto de vista operativo podemos definir el suicidio e intento de suicidio como *una secuencia de actos o comportamientos encaminados a poner fin a la propia vida, siempre que el sujeto sea consciente de ese deseo y haya organizado, al menos mínimamente, la secuencia que lleva a su realización*⁷⁻⁹.

El suicidio y los intentos de suicidio son siempre fenómenos complejos, expresiones o comunicaciones humanas, en las cuales intervienen múltiples variables, principalmente sociales y psicológicas, pero también biológicas⁷⁻¹¹.

Aunque la correlación entre suicidio y trastorno mental (que no “enfermedad mental”) parece bien establecida^{12,13}, hay que cuidar de no generalizar las supuestas explicaciones acerca de algunos factores de riesgo. Por ejemplo, ya desde Durkheim (1897)⁷, el iniciador de los estudios científicos sobre el tema, está claro que el contexto cultural y social es enormemente influyente en el suicidio y las tentativas suicidas. Sobre todo, en la adolescencia y las edades avanzadas, los 2 grupos con mayor prevalencia relativa. La tasa de suicidios (y homicidios) más o menos impulsivos, poco meditados previamente (a los que no siempre se les podría aplicar el diagnóstico de suicidio), son mucho más frecuentes en países donde existe una facilidad para la compra de armas de fuego¹⁴.

Aspectos epidemiológicos

Según el informe de la OMS de 2014^{14,15}, en 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que

representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4/100.000 habitantes (15,0 entre varones y 8,0 entre mujeres), o una muerte por suicidio cada 40-50 segundos.

En España, el suicidio es la principal causa externa de mortalidad. En 2014 murieron a consecuencia del suicidio 3.910 personas, lo que significa una tasa de 8,41 por 100.000 habitantes (12,9 en varones y 4,1 en mujeres), la más elevada desde 2005. Es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 35 años, después de los tumores, y la primera entre varones de 20 a 24 años. Las mayores tasas se producen en los varones de entre 80 y 89 años y en las mujeres de entre 70 y 79. Se ha observado un incremento de las tasas desde 2010. Del año 2010 al 2011 se constató un incremento del 0,7%, de 2011 a 2012 del 11,3%, de 2012 a 2013 del 9% y de 2013 a 2014 del 1%¹⁶. Otra lectura de estas cifras es que en España fallecen 10 personas cada día por suicidio, el doble de las que mueren a consecuencia de accidentes de tráfico y 70 veces más que las víctimas de violencia de género. La crisis políticoeconómica que ha llevado a las desigualdades económicas extremas ha supuesto un impacto innegable sobre tales tasas: recordemos que precisamente la desigualdad socioeconómica vivida como insuperable es uno de los factores de riesgo de suicidio (y de morbilidad y mortalidad en general) más claramente establecidos^{17,18}.

Factores de riesgo para el suicidio

Cuando hacemos referencia a los factores de riesgo para el suicidio se deben tener en cuenta elementos sociales, psicosociales, psicológicos y biológicos^{19,20}.

Entre los factores de riesgo psicológicos y psiquiátricos hay que tener en cuenta el papel innegable que juegan determinados trastornos mentales graves (tablas 2 y 3), los intentos de suicidio previos, el consumo de alcohol, las pérdidas financieras y afectivas, los dolores crónicos y los antecedentes familiares de suicidio o depresión^{12-14,21-34}.

Un dato relevante es que por cada suicidio cometido ocurren en nuestras sociedades entre 20 y 25 intentos de suicidio¹²⁻¹⁵. Este dato es triplemente relevante: a) por su importante prevalencia (más de 200 casos/100.000 habitantes); b) porque es en la APS donde muchas de estas situaciones recalcan; c) porque, en el ámbito epidemiológico, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general: se estima que del 3 al 10% de estos pacientes acaba suicidándose¹².

Actualmente parece que el desempleo, los impagos y los desahucios, vinculados a la crisis políticoeconómica actual están pasando a ser factores de riesgo principales de suicidio^{15,35}.

Suicidio y organizaciones de la relación

Una aproximación cuidadosa e integral al suicidio y a los intentos de suicidio podría proporcionar una excelente orientación a todo tipo de profesionales comunitarios.

Para ello tendríamos que partir de una perspectiva más holística de la psicopatología³¹. En efecto, la primera reflexión clínica (y teórica) debería ser si lo que se busca con el intento suicida es la propia desaparición (la muerte) o es modificar actitudes, conductas de los allegados y el contexto^{36,37}.

Tabla 2 Principales factores de riesgo para el suicidio^{12,13,53}

Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta con la edad (mayores de 65 años) • Tendencia a aumento en adolescentes
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Más riesgo global en varones • Más intentos en mujeres
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Personas viudas, divorciadas o sin hijos
Situación socioeconómica e integración social	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que viven solas y aisladas • Desempleo o deterioro del estatus laboral • Descenso importante del nivel económico • Desastres naturales o sociales • Hambrunas
Duelo reciente	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de un familiar de primer grado o de un amigo • Pérdidas financieras importantes • Pérdida de estatus social
Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Abusos y/o negligencia en la infancia • Clima de violencia familiar • Familias desestructuradas • Familias disfuncionales • Antecedentes familiares de suicidio
Factores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos mentales • Aislamiento y exclusión social vividos como irreversibles • Sentimiento de soledad • Violencia de género • Relaciones de intensa dependencia o de dependencia ambivalente
Factores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades concurrentes, en especial enfermedades crónicas, invalidantes, dolorosas y/o terminales • Altas hospitalarias inadecuadas, en especial si coexisten otros factores de riesgo • Uso de fármacos depresivógenos o estimulantes
Sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa formación sobre el tema en los servicios sanitarios y sociales • Dificultades de acceso al sistema de salud público

Tabla 3 Trastornos mentales con mayor riesgo de suicidio¹²

Trastorno	Aumento de riesgo
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Sin tratamiento • Mayor riesgo en los trastornos bipolares
Psicosis (“esquizofrenia”)	<ul style="list-style-type: none"> • En la fase inicial del tratamiento • En ausencia de tratamiento integral adaptado a las necesidades del paciente y su familia^{33,34} • En cuadros recurrentes sin tratamiento • Cuando predominan las alucinaciones persecutorias • En la depresión posterior a los episodios psicóticos • En jóvenes, después de 2 o más crisis y con poco deterioro • Cuando predomina la desesperanza hacia el futuro
Trastorno de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • En el trastorno <i>borderline</i> • Si se asocia con trastorno afectivo • Si hay ansiedad intensa y mantenida • Si se asocia con abuso de drogas • Si hay antecedentes de abusos y/o negligencia grave en la infancia
Alcoholismo	<ul style="list-style-type: none"> • Si es mantenido o recurrente durante años • Asociado a abuso de otras drogas • Asociado a un trastorno afectivo
En todos aumenta el riesgo si hay	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de intentos previos • Historia de numerosos ingresos psiquiátricos • Asociación con otros factores de riesgo (tabla 2) • Enfermedad somática crónica • Aislamiento • Sentimiento de soledad o de desesperanza • Soltero/separado/viudo • Desempleo • Falta de apoyo social • Antecedentes familiares de suicidio

El proyecto suicida nunca es improvisado, aunque la realización a veces parezca impulsiva: tiene que ver con la organización mental y psicosocial del sujeto, es decir, con el conjunto de sus relaciones introyectadas y con el conjunto de sus relaciones con los demás y la sociedad. Por eso, el suicidio y los intentos de suicidio son siempre una comunicación e implican una comunicación^{37,38}: así, casi siempre, el potencial suicida ha hablado con alguien de sus ideas, con comunicaciones directas o con comunicaciones alusivas. Por eso, con frecuencia estadísticamente significativa, el suicida ha visitado a su médico de cabecera en los meses o semanas anteriores³⁹⁻⁴³.

Evidencia científica

Aunque se trata de otro tema debatido^{44,45}, hoy en día no hay suficiente evidencia para concluir que deba hacerse el cribado *universal* desde APS del riesgo de suicidio en jóvenes, adolescentes, adultos o personas mayores. Tampoco existen cuestionarios o entrevistas estandarizadas suficientemente probadas en este campo^{15,21,22,46,47}. Como en muchos otros temas de la atención primaria a la salud mental⁴⁸, el elemento preventivo básico, tal como siempre ha mantenido el Subprograma de Salud Mental del PAPPs, es la formación para la entrevista y la formación en salud mental relacional del equipo de AP^{12,13}.

Hoy ya tenemos suficientes conocimientos sobre factores de riesgo y protección del suicidio y la ideación suicida como para establecer estrategias de salud pública sobre el tema, incluso en los países, como los de la cuenca mediterránea, en los cuales, por motivos religiosos y culturales, es todavía un tema relativamente controvertido. A nivel mundial hay 28 países que han realizado esa planificación en el ámbito nacional¹⁴. Además, durante los últimos 50 años, numerosos países han despenalizado el suicidio, lo que facilita la atención preventiva y clínica a estos problemas^{14,15}.

Pero hay que tener en cuenta que la prevención del suicidio es siempre multisectorial, como su objeto de trabajo. Ha de involucrar a agentes muy diversos: sanitarios, educativos, de empleo, de bienestar y seguridad social, de justicia, medios de comunicación, medios culturales y otros muchos, y se debe adaptar a cada contexto sociocultural^{14,48-52}.

Recomendaciones clínicas y preventivas

Apuntes clínicos: 4 grupos de riesgo en relación con el suicidio

Una premisa básica: la idea de que alguien que habla de suicidarse no lo hará es falsa. Toda comunicación de ideación suicida debe ser tomada seriamente^{14,36,37}.

Para la práctica clínica de la APS pueden determinarse 4 grupos de riesgo, que implican conocimientos y actitudes clínicas diferenciadas: suicidas y familiares, personas en riesgo de suicidio, personas con intento de suicidio y personas con ideación suicida (tabla 4)¹²⁻²¹. Asimismo, hay que tener en cuenta que siempre existen al menos 3 grupos poblacionales afectados por el suicidio y las ideaciones e intentos suicidas: los propios sujetos, los familiares y allegados del suicida (en el caso de los niños, sus compañeros de escolaridad) y los equipos profesionales (de APS, de salud mental, de servicios policiales, de intervención en duelos y catástrofes, etc.).

Tabla 4 La atención primaria de salud (APS) y el problema del suicidio y los intentos de suicidio

Grupo	Actitud clínica global en APS	Actitud del profesional de APS	Importancia de la organización social
Suicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo por la pérdida • Discusión o sesión clínica en el equipo sobre el tema • Duelo por lo que podría haberse hecho y no se ha hecho • Prevención de los problemas de salud mental en familiares y allegados del suicida^{12,13,36} 	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación basada en la atención al duelo y los procesos de duelo • Formación y entrenamiento de “psicopatología basada en la relación” 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de armas de fuego, cuidados sociales de duelos y traumas • Existencia o no de un plan nacional de prevención del suicidio • Equidad social/sociedades con graves desigualdades
Riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación según la psicopatología basada en al relación 	<p>Ídem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la contención comunitaria y la equidad social • Importancia de los programas preventivos organizados a nivel nacional • Importancia de la organización sanitaria
Intentos de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención en función de las organizaciones de la relación 	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación según la psicopatología basada en al relación 	<p>Ídem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la organización sanitaria • Y de la actitud clínica en APS, servicios sociales y servicios de enseñanza
Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención con fundamento clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración no universal, sino “indicada”: en los casos con factores de riesgo específicos por sus componentes biopsicosociales específicos • Jóvenes inestables, ancianos solos o en duelo, antecedentes de intentos de suicidio, personas con familiares o allegados suicidas o con historia de suicidios 	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la organización social y la contención comunitaria • Importancia de los servicios sociales • Importancia de la actitud clínica en APS y servicios sociales

Para una visión más completa habría que añadir el grupo de pacientes con conductas parasuicidas: se entiende por tales los comportamientos arriesgados que pueden poner en peligro la propia vida, con conciencia de que la intención de la acción iniciada puede conllevar lesiones. Este es un grupo de gran complejidad.

Algunos apuntes clínicos para cada grupo de riesgo

No se puede mantener que exista un solo perfil psicológico ni una estructura de personalidad específica en las personas con conducta suicida¹². Como tampoco existen fármacos específicos para el suicidio en general ni para la ideación suicida. Los sentimientos y cogniciones asociados a la motivación suicida son variados, si bien suele predominar la tristeza profunda, la desesperanza, la intolerancia al dolor mental y al sufrimiento, y el sentimiento de culpa consciente o inconsciente, que a menudo se asocia a ira contra el propio sujeto y contra los demás (tabla 5). Siempre hay un componente de culpa, vergüenza y/o ira en el suicidio, dirigido contra uno mismo y/o contra los demás.

En resumen, que, como muestran algunos suicidios aparatosos que han llegado a la opinión pública como catástrofes, la organización de la relación que existe bajo las tendencias suicidas *más graves* es una organización melancólica, gravemente depresiva, acompañada de elementos paranoides y/o delirantes más o menos descollantes. El alcohol, las drogas y varios tipos de psicofármacos pueden agravar la tendencia suicida. En ocasiones, aún más frecuentes, la clínica suicida aparece vinculada a la organización dramatizadora (histriónica) de la relación^{31,35}.

En la APS, la principal medida preventiva parece ser la capacitación en la técnica de entrevista clínica con fines diagnósticos y de contención psicológica y para su aplicación en las entrevistas de los pacientes en riesgo o con factores de riesgo importantes^{12,13,53,54} (figs. 1 y 2). Se trata de intentar vincularles con la asistencia y lograr una vinculación personal, que pueden resultar protectoras^{49,55-61}, como en el tema de los procesos de duelo o las entrevistas motivacionales. Y, desde luego, hoy sabemos que es posible capacitar a los profesionales de APS para las aproximaciones fundamentales que precisan estos problemas^{36,51,62,63} (tablas 6-9).

El perfil más frecuente del paciente con riesgo de suicidio suele ser el de un varón adulto, con una adicción crónica al alcohol de más de 9 años de evolución, y con un consumo crónico y persistente, y de inicio precoz. No es infrecuente que presente antecedentes de sobredosis¹². En la base existen siempre trastornos de personalidad graves y un trastorno depresivo asociado, pero habrá que explorar la posibilidad de una psicosis (delirante o desintegrativa) más o menos encubierta.

El otro perfil descollante es el del varón de más de 65 años separado o divorciado, aislado socialmente, con un trastorno mental grave y/o con pérdidas, duelos o enfermedades recientes.

Consideraciones para la atención de algunos grupos poblacionales específicos con riesgo aumentado de suicidio

Los tratamientos más eficaces para reducir el intento suicida son el tratamiento de la adicción, si esta existe, y diversas formas de psicoterapia^{12,14,64,65}.

Como en el caso de muchos diagnósticos de “depresión”, no está demostrada la eficacia de los antidepresivos para estos cuadros, particularmente en los jóvenes y adolescentes, pero tampoco en los adultos^{25,66,67}. Por tanto, el uso de antidepresivos sin un diagnóstico de qué tipo de relación suponen esas comunicaciones o intentos está contraindicado: varios antidepresivos aumentan la impulsividad, particularmente en adolescentes, ancianos y sujetos predispuestos, con lo que se puede estar facilitando el suicidio^{25,44,61,65,66}.

Si el médico de APS decide que el tratamiento farmacológico es imprescindible y urgente, debe escoger fármacos antidepresivos con espectro sedante y con escasa potencialidad letal, es decir, antidepresivos que no sean potentes anticolinérgicos.

También debe poner especial cuidado en que el paciente no acumule dosis letales del fármaco prescrito: prescripciones subclínicas y en envases y dosis pequeños pueden llevar más trabajo a los profesionales de APS, porque hacen que el paciente nos visite más. Pero esas mismas visitas pueden servir como forma de vincularle y, además, evitan un desenlace trágico de la situación usando para ello los psicofármacos prescritos por el profesional.

Por su mayor facilidad de estudio, las intervenciones psicoterapéuticas más estudiadas y halladas eficaces son las cognitivo-conductuales y similares, incluyendo la psicoterapia cognitivo-conductual dialéctica, la terapia de resolución de problemas, la psicoterapia racional-emotiva y determinadas formas de psicoterapia de grupo. Otras aproximaciones psicoterapéuticas que se han mostrado útiles son la psicoterapia psicodinámica o psicoanalítica y la terapia interpersonal^{12,21,25, 64,68}.

Sin embargo, salvo excepciones, como el profesional de APS no suele estar formado en este tipo de ayudas psicológicas, sobre todo para casos graves, puede ser aconsejable que siga algunos de los protocolos relacionados con las crisis suicidas publicados en la bibliografía^{67,69}, que se resumen en las tablas 8 y 9.

Las situaciones de duelo en general deben considerarse como un factor de riesgo²⁵. No solo el duelo por la pérdida de un familiar cercano, sino también por las pérdidas económicas y/o de empleo, el descenso en la posición social y la migración.

El riesgo de suicidio disminuye en los pacientes depresivos tratados de forma continuada y en los que se realiza una prevención de las recurrencias^{12,49,59}. No sabemos si por la vinculación a un tratamiento (y a unas personas: los cuidadores) o por los propios efectos de los antidepresivos⁶⁵⁻⁶⁷.

Las psicosis y la así llamada “esquizofrenia” suponen otro importante grupo psiquiátrico de riesgo en APS: se piensa que hasta un 10% de los pacientes esquizofrénicos consuma el suicidio, en especial en la juventud y en los momentos iniciales del tratamiento (si este es integral); en cualquier otro momento, en el caso de los tratamientos unidimensionales habitualmente administrados a los pacientes con psicosis en nuestras sociedades³²⁻³⁴. Aquí, el papel del médico de familia debería consistir en intentar ayudar a deslindar las motivaciones y sentimientos de la ideación suicida: ¿alucinaciones auditivas, delirios o delusiones que impulsan al suicidio u homicidio?; ¿desesperanza tras percibir realista-mente en qué se va a convertir la vida futura?^{32,33}. Su papel

Tabla 5 Emociones, sentimientos, cogniciones y fantasías que suelen acompañar a la ideación suicida

Fantasías, cogniciones, emociones, sentimientos	Importancia relativa de lo SC, lo Ps o lo PSPT
<ul style="list-style-type: none"> • Como vía de escape para el sufrimiento emocional o psicológico: con fantasías de evasión, de escaparse del conflicto, deseos de liberación, etc. • Fantasías místicas y de paz eterna • Búsqueda de tranquilidad • Suicidios rituales y culturales (p. ej., harakiri) • Deseo de recomenzar una vida nueva acompañado por la creencia de renacer después de la muerte • Deseos altruistas: con la propia muerte mejorará la situación de la familia, el país, el grupo étnico, el grupo religioso, etc. • Deseos de aniquilación o disolución del Yo (propios de algunas creencias orientalistas o esotéricas) 	SC-Ps
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos acerca de la inutilidad de la existencia, de la vida, de las relaciones • Expiación por alguna falta, culpa o pecado • Como forma de huir del dolor o el sufrimiento por enfermedades o minusvalías (difícil diferenciar de la eutanasia) • Deseo apasionado de reunión erótica con una persona amada muerta • Como forma de lograr el amor de un objeto (persona o cosa amada) vivo • Sentimiento de soledad • Predominio de los “sentimientos básicos” de desesperanza, desconfianza, desamor e incontinencia^{36,38} 	Ps-SC
<ul style="list-style-type: none"> • Fantasías maníacas póstumas: solo así se logrará la rehabilitación del prestigio, el honor o la gloria (mediante el suicidio) • Deseos de reconquista o de reivindicación 	PSPT-SC
<ul style="list-style-type: none"> • Como escape a la tortura de la persecución interna en los cuadros paranoides • Como expresión de deseos vengativos hacia otra persona, de control hostil del otro, de castigo del otro: se le hace sentir culpable o que la sociedad le considere culpable 	PSPT: organización relacional paranoide
<ul style="list-style-type: none"> • Por pérdida radical de la autoestima tras el fracaso de un “plan de vida” o de “objetivos vitales” sobrevalorados • Por los repetidos fracasos a los que lleva una organización narcisista de la personalidad • Por fracasos repetidos a causa de una autoexigencia y esfuerzos desmedidos • Como colofón de una situación vital dominada por la tristeza combinada con otras “emociones primigenias”: vergüenza e ira, además de culpa (sin estas 4 no puede diagnosticarse una verdadera depresión) • Por la ira contra uno mismo y/o contra los demás • Por el predominio abrumador de las “cogniciones negativas sobre el pasado, el presente, el futuro, uno mismo y/o el mundo” 	PSPT: organización relacional “melancólica” (depresión mayor)
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de impacto dramático en los allegados • Deseos más o menos inconscientes de promover cambios en las actitudes o sentimientos de los demás mediante el intento de suicidio • Como deseo de conmovir a otros, generarles culpabilidad o perjudicarlos de alguna manera y hacerlos sufrir • Ideas fantásticas de comprobar póstumamente si se es querido o no por los otros 	PSPT: organización relacional dramatizadora (“histriónica”)

Ps: psicológico; PSPT: psicopatológico; SC: sociocultural.

fundamental consiste en asegurar el seguimiento del paciente, ayudar a que el tratamiento sea lo más integral posible³⁴, proponerse a sí mismo como una figura de vinculación y continuidad, y ayudar en los cuidados biológicos del trastorno, así como de las enfermedades intercurrentes, evitando la indicación o el uso disparatado de psicofármacos que a menudo hoy se realiza^{33,34}.

Los consultantes que, probablemente, comunican más a menudo la ideación suicida y realizan más intentos de suicidio son las personas con un trastorno límite o *borderline* de la personalidad (que hoy deberíamos entender como un trastorno por disregulación emocional)⁷⁰. Su dinámica psicológica interna es la que les lleva a ello: sus relaciones internas y externas suelen estar marcadas por una elevada

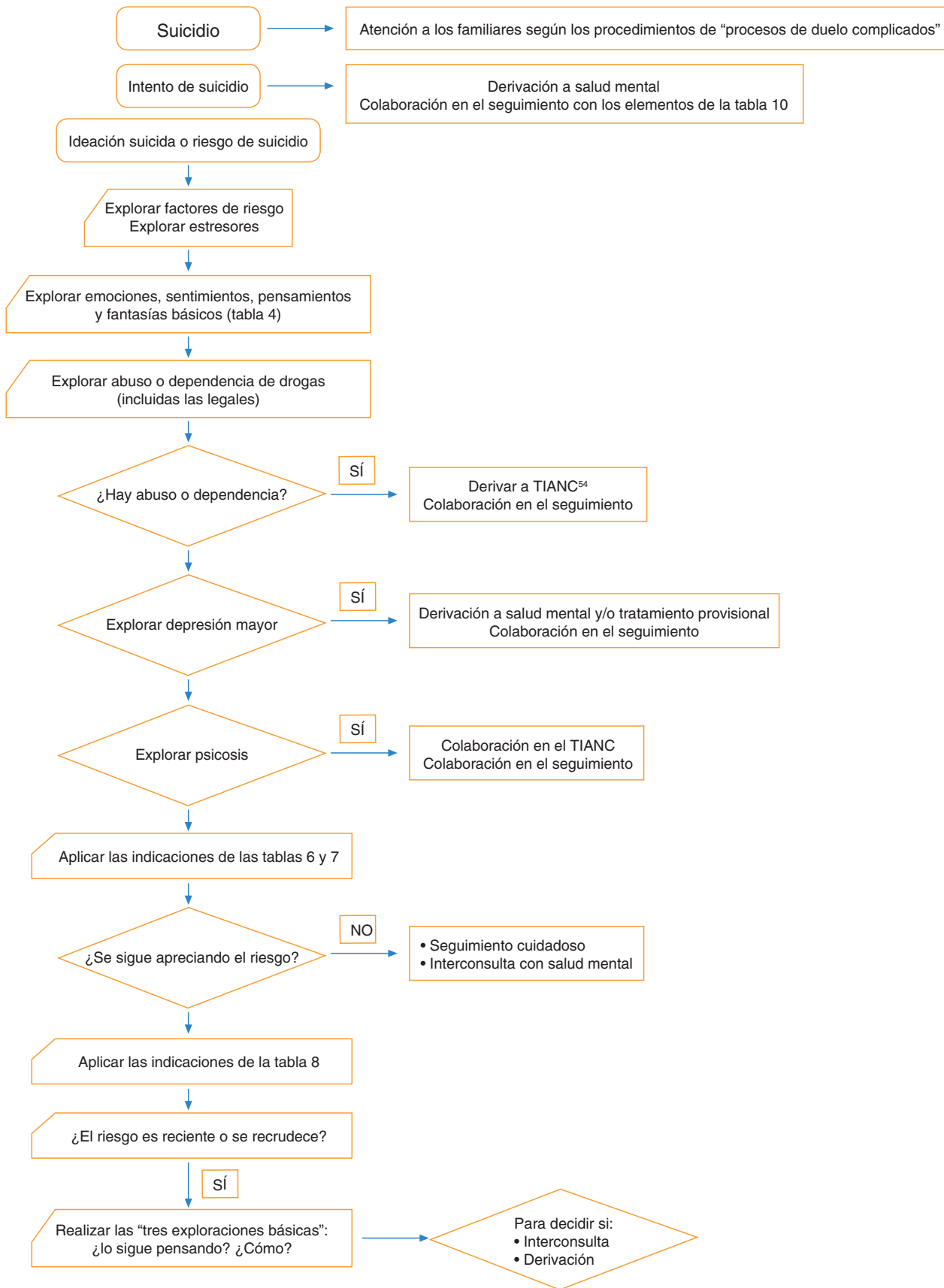


Figura 1 Pautas de actuación para las entrevistas en APS ante el suicidio o el riesgo de suicidio. TIANC: tratamiento integral adaptado a las necesidades.

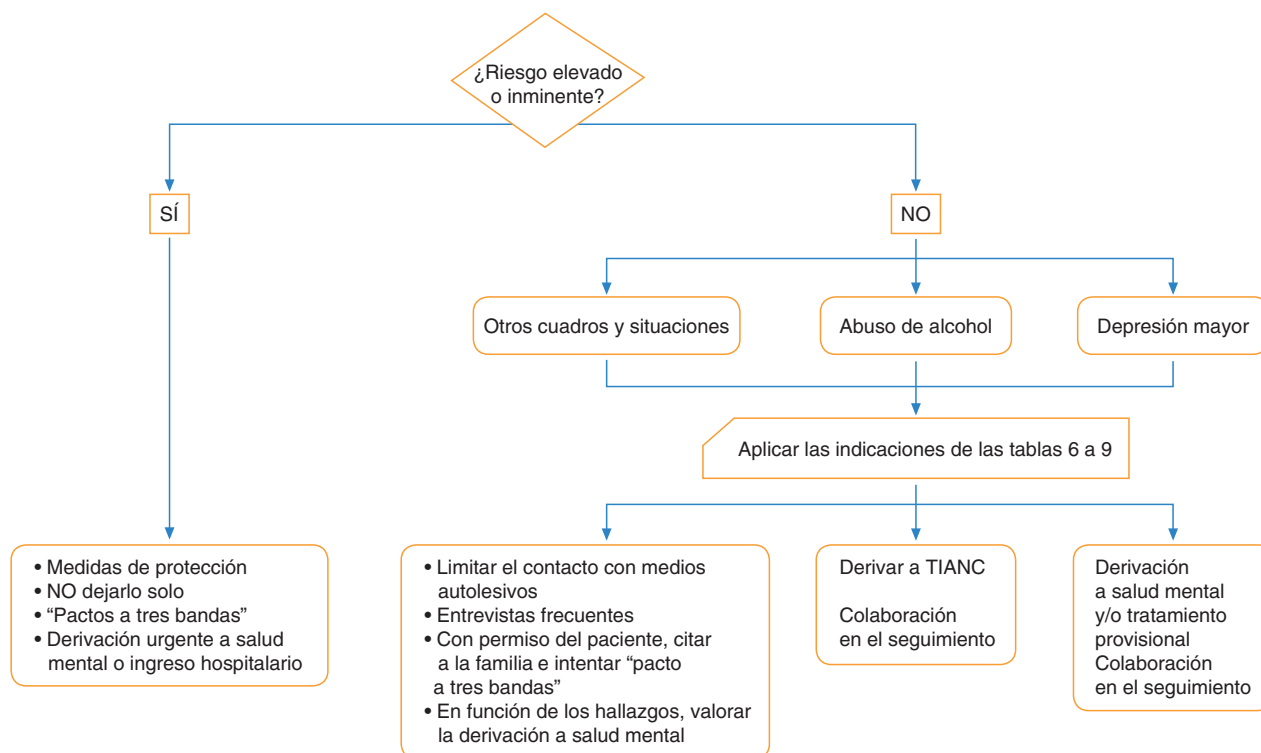


Figura 2 Valoración del riesgo suicida y pautas consecutivas. TIANC: tratamiento integral adaptado a las necesidades. Modificada de referencia 12.

impulsividad, sentimientos de desesperanza y de culpa, por masoquismo y rupturas de los tratamientos en curso, además de rasgos de conducta agresiva y una elevada tendencia a necesitar controlar a los demás mediante actuaciones iracundas o dramáticas, entre las que puede incluirse la actuación suicida.

El riesgo en este grupo de pacientes se eleva si se asocia el abuso de drogas o trastornos en la alimentación^{18,59}. Como en todos los grupos anteriores, la concomitancia de afecciones somáticas mal o insuficientemente tratadas empeora el pronóstico^{26,27,42,43,71,72}, por lo que el profesional de APS tiene un importante papel en el cuidado de estos pacientes (asegurando el mejor tratamiento posible de estos, con evitación del dolor y la ansiedad), ayudando a que el tratamiento psicológico-psiquiátrico sea lo más integral posible y vigilando la dispensación de psicofármacos, que a menudo se utilizan para los intentos de suicidio por estos pacientes.

En cualquiera de los grupos o personas, no debe banalizarse ninguna comunicación de intención suicida. Tampoco confiar en súbitas e inesperadas mejorías en un paciente que ha presentado potencialidad suicida. Una mejoría inexplicable se puede deber a una mayor determinación a suicidarse^{12,36,73}. Por eso es importante haber hablado previamente con el paciente de los motivos de sus ideas suicidas (en relación con qué sentimientos, fantasías o ansiedades y de qué modo siente que el suicidio es la solución a su problema). También deben investigarse los planes suicidas (cómo, cuándo, en relación con qué acontecimientos y con qué medios realizarlo), ya que pueden ayudar a prevenir situaciones desencadenantes y a alejar del paciente los medios para el suicidio. Para ello, a menudo son sumamente

útiles técnicas de entrevista familiar como el “pacto a 3 bandas” entre el paciente, el profesional y los familiares o allegados más próximos³⁴.

La asociación de trastorno psiquiátrico e ideación o antecedentes de conducta suicida siempre debe ser un criterio de derivación a salud mental. Si el riesgo suicida parece elevado o inminente, la derivación ha de hacerse con urgencia y debe contemplarse la posibilidad de un ingreso hospitalario (fig. 2). En estos casos, las entrevistas deben tener suficiente frecuencia y continuidad como para asegurar la vinculación. Deben realizarse de forma tranquila y abierta, no protocolizadas, procurando establecer una relación empática con el paciente y explorando con su ayuda los elementos expuestos en las tablas 7-10.

Si se sospecha potencial suicida, es necesario explorar y aclarar el asunto, lo cual incluye los temas perentorios incluidos en las tablas 7-9. El hecho de atender a la ideación suicida e interrogar sobre esta, no pone esas ideas en la mente del paciente. Al contrario, a menudo el paciente, torturado por sus ideas de suicidio, suele sentirse reconfortado al poder hablar de ello con tranquilidad, sin riñas ni espantos suplementarios por parte del interlocutor, así como por el valor y el interés del médico en compartir y enfrentar esas ideas conjuntamente.

En la tabla 10 se expone un resumen de las recomendaciones del PAPPS, comentadas más extensamente a lo largo de este documento.

Para ampliar conocimientos sobre el complejo tema del suicidio se recomienda la lectura de una publicación reciente⁷⁴, que trata con mayor detalle algunos de los aspectos destacados en este documento y de la que se han extraído gran parte de sus contenidos.

Tabla 6 Actitud clínica del profesional de atención primaria ante los diversos grupos implicados en el suicidio o riesgo de suicidio

Grupo clínico	Actitud clínica	Actividades “fuera de la consulta”
Suicidas	<ul style="list-style-type: none"> Atención a los propios equipos clínicos: en cada equipo clínico debe haber un equivalente del “comité de la muerte” y el “comité o la sesión del suicidio” 	<ul style="list-style-type: none"> Influenciar desde la APS a la comunidad, sus organizaciones, sus medios de comunicación, su cultura, etc. Evitar los nichos de aislamiento y <i>equidad, equidad y equidad...</i> Indispensable el apoyo comunitario
Familiares del suicida	<ul style="list-style-type: none"> Atención como “procesos de duelo complicados”³⁶ 	
Riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> ¡¡Vinculación con el sujeto!! Exploración de los factores de riesgo Exploración de la inminencia (“los 3 temas o preguntas clave”) (tabla 8) Aplicación de los “5 elementos secuenciales” expuestos en la tabla 8 “Pactos a tres bandas” para asegurar la colaboración del paciente y de la familia o allegados³⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> En caso de riesgo grave, derivación urgente a dispositivos de salud mental, incluso hospitalarios Indispensable el apoyo familiar y comunitario: gestionarlo junto con salud mental y servicios sociales En caso de riesgo grave, derivación (urgente o no) a salud mental
Intento de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> ¡¡Vinculación con el sujeto!! Exploración de la “organización de la relación” que ha llevado al intento de suicidio Valoración del riesgo vital y del riesgo psicológico (personal y familiar) Actitud clínica según dicha “organización de la relación” Interconsulta con servicios de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes suicidarios o con intentos de suicidio graves y/o retirados (más de 1): derivación (urgente o no) a salud mental Indispensable la atención a la familia o medio íntimo del sujeto: a) para que colabore en su contención; b) para la mejor adaptación posible al grave proceso de duelo que supone el intento de suicidio; c) para establecer “pactos a tres bandas”³⁴ En casos no graves o urgentes: interconsulta o derivación a salud mental
Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> ¡¡Vinculación con el sujeto!! Exploración de la “organización de la relación” que lleva a tal ideación Actitud clínica según dicha “organización de la relación” Interconsulta con servicios de salud mental psicológicamente orientados 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes suicidarios o con intentos de suicidio previos graves y/o reiterados (más de 1): interconsulta y/o derivación (urgentes) a salud mental Indispensable decidir quién va a ser el clínico principal del paciente (salud mental o APS) Indispensable decidir si se hace jugar un papel a los familiares y allegados En casos no graves o urgentes: interconsulta con salud mental

APS: atención primaria de salud.

Tabla 7 Indicadores clínicos de potencialidad suicida^{13,14}

- Reducción de los intereses vitales y relacionales
- Inhibición en la conducta y comunicación
- Aumento del aislamiento
- Alta impulsividad
- Ansiedad intolerable
- Deseos de muerte no ambivalentes e idealización del suicidio
- Desesperanza
- Aumento de la desconfianza
- Suicidio reciente de un familiar o amigo
- Antecedentes de intentos anteriores
- El entrevistador se siente asustado, inhibido, impotente o enfadado frente al paciente

Jubilación (preparación de la red social para la jubilación)

Se entiende por jubilación la prestación salarial y situación social que conlleva el cese de la etapa laboral de la vida del individuo, por razón de la edad, empresarial o por incapacidad física y/o mental.

En nuestro país, la jubilación está fijada en los 65 años, aunque la edad de acceso a la pensión completa de jubilación depende de la edad del interesado y de las cotizaciones acumuladas a lo largo de su vida laboral. A partir del 1 de enero de 2013 (Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible)⁷⁵ se requiere haber cumplido la edad de 67 años para jubilarse o bien tener cumplidos 65 años y acreditar 38 años y 6 meses de cotización, manteniéndose la edad de 65

Tabla 8 Componentes secuenciales de la atención al riesgo de suicidio desde la atención primaria a la salud mental

	Qué hacer	Qué no hacer (cada elemento incluye los anteriores)
Primer elemento: vinculación emocional con el consultante	<ul style="list-style-type: none"> • Atender a sus ideas • Creerle • Tener en cuenta sus afecciones biológicas • Atender a sus emociones • Empatizar y “reflejar sus sentimientos” • Poder hablar de sus motivaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • No dedicarle el tiempo o la repetición de citas necesarias • Quitarle importancia a la comunicación y centrarse tan solo en la “depresión” como “enfermedad” • Evitar los sentimientos del paciente • La falsa empatía y el “empatismo” • Discutir de entrada sus motivaciones • Echarle en cara cómo deja a los demás: hijos, pareja, allegados, etc. • Juzgarle: aún no tenemos ni idea de su mundo interno ni de sus sufrimientos • Contar de entrada nuestra historia, ponerse como ejemplo, manifestar como ejemplo nuestras normas o actitudes, etc.
Segundo elemento: gravedad del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la expresión abierta • Preguntas abiertas • Menú de sugerencias sobre sus sentimientos y posibilidades en la vida • Revisar los protocolos clínicos y preventivos sobre el suicidio • “Los 3 temas claves”: <i>¿lo ha pensado recientemente?, ¿sabe cómo lo haría?, ¿tiene ya los medios y/o la preparación?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • No tener en cuenta las recomendaciones anteriores • Preguntas cerradas • No soportar el silencio del depresivo real o su llanto, su tristeza, su culpa o su ira, etc.
Tercer elemento: la idea suicida como problema	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar interactivamente si hay otras soluciones • Explorar los pros y los contras de estas • Insistir en la irreversibilidad del suicidio • Mientras que los problemas suelen ser temporales, a pesar de graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar la irreversibilidad de la idea de suicidio sin transmitir que no podemos quedarnos detenidos ante esta, que ambos tenemos la obligación de actuar. Por ejemplo, recomendando el ingreso sin más en casos graves o con gran ansiedad • Dejar de explorar, acoger y empatizar con las dificultades vitales si el sujeto no toma esa “solución definitiva” • No interconsultar con salud mental • Derivar inmediatamente sin haberse vinculado y/o haber reflexionado conjuntamente sobre el problema: muestra nuestra vulnerabilidad y puede facilitar la ideación suicida
Cuarto elemento: actividad asistencial consecuente	<ul style="list-style-type: none"> • A tiempo. No precipitarse pero, desde luego, no demorarla: interconsulta o derivación a salud mental, involucrar a familiares, involucrar a un tutor o “acompañante terapéutico”, recomendar firmemente un tratamiento, indicar la hospitalización (en este caso ha de ser inmediata), etc. • En este momento, suele ser conveniente mostrarse firme, seguro y directivo. Si el riesgo es grave, ver cómo evitar que el sujeto se quede solo • Si el riesgo no es tan grave utilizar un familiar o una persona profesional, semiprofesional o de la comunidad como acompañante terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Deberíamos trabajar nuestras actitudes y conocimientos para no mostrarnos dubitativos, tímidos, ignorantes o desbordados por esta situación, que sí es propio de la APS: con esas actitudes podríamos favorecer el suicidio • Dejar solo al sujeto: físicamente o sin poder compartir sus sentimientos e ideas
Quinto elemento: seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Programar un seguimiento. Primero próximo; luego espaciarlo progresivamente (esta medida, en sí misma, es terapéutica) • Evaluar en esas visitas tanto la evolución de sus sentimientos y actitudes como la ideación suicida • Convocar una sesión clínica sobre el suicidio y la ideación suicida en el centro de salud: imprescindible en el caso de pacientes conocidos que se suicidan 	<ul style="list-style-type: none"> • Deshacerse del consultante inmediatamente, mediante el envío a urgencias u otras vías • No interesarse por su evolución • No revisar los protocolos clínicos y preventivos sobre el suicidio • No reflexionar sobre el tema en equipo • Abstenernos de evaluar la situación con nuestros propios medios, independientemente de que existan profesionales más conocedores del tema

APS: atención primaria de salud.

Tabla 9 Algunas exploraciones básicas que pueden orientar al médico de atención primaria en la evaluación de un paciente con un intento suicida reciente⁶³

- ¿Fue peligroso el método elegido?
- ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método elegido?
- ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?
- ¿Había posibilidades de que fuera descubierto?
- ¿Sintió alivio al ser salvado?
- ¿Intentaba el paciente transmitir un mensaje o solo quería morir?
- ¿Se trataba de un intento impulsivo o planeado?
- ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron el intento?

Tabla 10 Recomendaciones del programa de Salud Mental del PAPPS para la prevención del suicidio^{13,14}

- Se recomienda prestar atención especial a la posibilidad de suicidio en pacientes con un diagnóstico positivo de depresión, determinados casos de ansiedad excesiva y cuando existan otros factores de riesgo
- Se propone realizar *entrevistas tranquilas y abiertas* procurando establecer una relación empática con el paciente. Si se sospecha potencial suicida, no dejar de aclarar el tema. Por ejemplo: «¿Ha llegado a encontrarse tan mal que pensó que no valía la pena continuar...?» (Si es preciso, si no lo comprende... continuar: «¿Qué no merece la pena vivir?»)
- El atender a la ideación suicida o interrogar sobre ella, no pone esas ideas en la mente de tales pacientes; las tenían ya de antemano. Por el contrario, a menudo el paciente se siente reconfortado por el valor del profesional que es capaz de hablar de lo que a él le asusta tanto
- No se deben banalizar ni despreciar las amenazas suicidas
- No hay que confiarse en las súbitas e inesperadas mejorías. Una mejoría inexplicable puede estar producida por el alivio que siente el paciente al haber determinado la realización suicida
- Es conveniente valorar los sentimientos de *desesperanza*
- Explorar con el paciente que admite ideación suicida la intención y planificación (modo, medios, consecución de estos, etc.)
- En caso de detectarse una idea de suicidio seria y suficientemente elaborada *debería derivarse al paciente a los servicios de salud mental para su tratamiento y eventual hospitalización*
- Con permiso del paciente, y a ser posible en una entrevista conjunta, se recomienda *informar a los familiares* de la gravedad de la situación, así como de la necesidad de vigilancia
- A los familiares habrá que advertirles sobre las precauciones a tomar para evitar el acceso a armas letales, fármacos peligrosos o a situaciones de riesgo o aislamiento del sujeto
- En caso de no detectarse ideación suicida, el seguimiento del paciente puede indicarnos la necesidad de volver a explorar estos aspectos según la evolución del proceso

años también para quienes resulte de aplicación la legislación previa al año 2013.

La edad mínima de jubilación puede anticiparse o posponerse en algunas profesiones y solo para trabajadores en alta de la Seguridad Social o en situación asimilada a la de alta (jubilación anticipada a partir de los 60 años por tener la condición de mutualista o jubilación anticipada a partir de los 61 años sin tener la condición de mutualista).

En las jubilaciones *anticipadas* o *prematuros* cabe distinguir las *voluntarias* (en las que el trabajador libremente decide jubilarse a partir de los 60 años) de aquellas otras *impuestas*, *obligatorias* o *forzosas*, en las que, por motivos de enfermedad o regulación de empleo, las empresas jubilan a trabajadores de 55 años o más jóvenes.

Evidencia científica

El Informe 2014 del IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales) recoge que la esperanza de vida en nuestro país es de 82,3 años para los varones y de 85,2 años para las mujeres y que el 18,2% de la población española está constituida por personas mayores de 65 años (con una esperanza media de vida al alcanzar esta edad de 20,7 años: 18,6 años en varones y 22,6 años en mujeres)⁷⁶.

El paso a la inactividad laboral en las personas que han dedicado varias décadas de su vida al trabajo supone una compleja transición psicosocial. En la medida en la que el trabajo es una fuente para el propio desarrollo profesional e incluso personal, para la comunicación social y el establecimiento de vínculos sociales, la jubilación supone una transición potencialmente negativa que puede precipitar un deterioro progresivo del estado de salud. Y, aunque la mayoría de las personas que se jubilan gozan hasta casi los 75 años de un grado notable de autonomía y normalidad en su situación social y personal, que les permite valerse por sí mismas, lo cierto es que, para la mayor parte de la población activa, la jubilación define legal, social y convencionalmente la entrada en la ancianidad.

Además, en los contextos en que la jubilación es obligatoria, a lo anterior hay que añadir la falta de control de todo este proceso. Por el contrario, cuando el individuo puede elegir el momento de su jubilación, esta puede ser percibida como un evento controlable, matizando, compensando o eliminando cualquiera de sus aspectos nocivos⁷⁷.

La jubilación inicia, por tanto, una compleja transición psicosocial, que se agrava cuando la edad o cuando las dificultades biopsicosociales que obligan a jubilarse coinciden con una disminución de las capacidades adaptativas del individuo.

El abandono de la actividad laboral y la carencia de obligaciones afectan las rutinas diarias y la disponibilidad de tiempo. Además, la jubilación a menudo se acompaña de cambios en la identidad personal y en los contactos y actividades sociales y puede conllevar una disminución de ingresos económicos. Debido a todos estos cambios, las prioridades del jubilado y su forma y estilos de vida pueden también cambiar. Sobre todo, dependiendo de las circunstancias que rodean a la jubilación, particularmente de si la jubilación es o no voluntaria y de su grado de aceptación^{78,79}.

Por tanto, la jubilación es una etapa que conlleva cambios *económicos*, *físicos* y *psíquicos* y repercusiones en la estructura y densidad de las *relaciones sociales* y *familiares* del individuo^{80,81}.

- **Ámbito económico.** El jubilado dispone, generalmente, de menos ingresos que los que recibía como trabajador. Además, en las jubilaciones involuntarias, el jubilado se encuentra con un anticipado y peor control financiero de sus recursos, con repercusiones en su bienestar psicosocial⁷⁹.
- **Ámbito de la salud.** La jubilación comporta nuevas oportunidades para la modificación de estilos de vida y el establecimiento de nuevas rutinas, que se pueden acompañar tanto de cambios positivos como de desfavorables en los estilos de vida y en el estado de salud, dependiendo de múltiples variables (situación personal del jubilado, tipo de trabajo que se deja, razón de la jubilación, edad a la que ocurre, grado de aceptación de la jubilación, actividades que sustituyen al trabajo, etc.)^{77,78,82-85}. Por tanto, la jubilación tiene efectos diversos, en función de las diferentes circunstancias y poblaciones. Por ejemplo, algunos estudios revelan un incremento en el consumo de alcohol después de la jubilación mientras que otros muestran un descenso de consumo o no encuentran cambios. Concretamente, los jubilados que se jubilan involuntariamente tienden a incrementar el consumo de alcohol, mientras que los que acceden voluntariamente a la jubilación no suelen cambiar su patrón de consumo. La actividad física también parece incrementarse ligeramente después de la jubilación. En cuanto al consumo de tabaco o cambios dietéticos, los estudios son más limitados y los resultados menos concluyentes. Otros estudios sugieren que la jubilación contribuye a preservar y mejorar los niveles de salud general y mental del jubilado, y se encuentra una asociación positiva entre jubilación y percepción y valoración del nivel de salud, tanto en varones como en mujeres y tanto en niveles educativos altos como bajos^{78,82,86}. Pero al llegar la jubilación el individuo queda desligado, de un día para otro, del mundo laboral y son frecuentes las *descompensaciones biopsicosociales* vinculadas a ella. Sobre todo en las *jubilaciones anticipadas, obligadas y no deseadas*, donde el cese prematuro de la actividad laboral puede provocar sentimientos de inutilidad y marginación social, con alteraciones psíquicas al verse el jubilado plenamente capaz. En particular, una actividad laboral y creativa insuficientemente sustituida predispone al inicio de estados de ansiedad ante lo desconocido, de síntomas depresivos y demenciales, y progresivamente se añade el fantasma de la incapacidad y, consecuentemente, el de la dependencia. En los años posteriores a la jubilación se ha detectado una mayor incidencia de enfermedades graves y una mayor tasa de mortalidad, sobre todo en varones y en trabajadores de bajo estatus. También algunos factores socioeconómicos ligados a la jubilación (disminución del poder adquisitivo, pérdida de influencia y prestigio social) se han visto relacionados con el suicidio⁸⁷⁻⁸⁹.
- **Ámbito social.** Se ha considerado el rol del jubilado como “un rol sin rol”, por no reconocerle la sociedad contemporánea un papel social. La jubilación predispone así al aislamiento social, al perder el trabajador su grupo de relación vinculado al trabajo. Además, la jubilación es también una etapa donde se afrontan más procesos de duelo (pérdidas de relaciones sociales, compañeros de trabajo, amigos, muerte de seres queridos). En este contexto puede hacerse presente la soledad. La soledad entendida como un sentimiento subjetivo de aislamiento, de no pertenencia, de

falta de compañía, de discrepancia, en definitiva, entre las relaciones sociales que uno anhela y las que realmente percibe o tiene. Estos sentimientos de soledad y el grado de apoyo social tienen un importante impacto sobre la mortalidad y la capacidad funcional en mayores de 60 años no institucionalizados⁹⁰⁻⁹³. Los mecanismos que subyacen en la relación soledad y muerte no están claros, aunque se han sugerido distintas hipótesis que relacionan soledad con control de los mecanismos inflamatorios, calidad del sueño, adherencia a la medicación, depresión y enfermedades cardiovasculares, por ejemplo. Pero lo cierto es que los jubilados con un bajo apoyo social, con sentimientos de soledad o de aislamiento social, tienen más síntomas orgánicos, psíquicos y, sobre todo, psicosociales e incluso mayor riesgo de fallecer⁹⁴⁻⁹⁷.

- **Ámbito familiar.** También se resiente con la jubilación, pues generalmente el individuo no se jubila en solitario, sino en un determinado núcleo familiar. De hecho, la familia es la institución que va a vivir más directamente toda la transición psicosocial que supone la jubilación. Pero, además, la familia es uno de los principales elementos de soporte de la persona que se va a jubilar, a quien puede ayudar ofreciendo los recursos internos, tanto emocionales como prácticos, de que dispone. El jubilado pasa más horas en casa y el ciclo familiar suele coincidir con la fase de “nido vacío”, con el abandono del hogar por parte de los hijos. Por tanto, se impone una revisión de los roles familiares y una reorganización de las funciones en la familia y en el hogar.

La persona que se jubila tiene que afrontar nuevos objetivos: elaborar las pérdidas, conseguir nuevas relaciones sociales, mantener activa su capacidad funcional y redefinir su rol social. Todos estos objetivos son esenciales para su propia identidad, para su integridad social y su autoestima.

Existen una serie de circunstancias que pueden entenderse como *factores de riesgo* o *variables predictoras* del impacto de la jubilación en el individuo (tabla 11).

Tabla 11 Factores de riesgo de descompensación biopsicosocial tras la jubilación

- Tipo de jubilación. Sobre todo en las jubilaciones obligadas, impuestas o forzosas
- Sexo del jubilado. Más riesgo en varones
- Estado previo de salud. Mayor riesgo a menor grado de salud
- Disminución en diferentes capacidades (en la expresión de sentimientos, en el grado de confianza en sí mismo y en las aptitudes para el aprendizaje)
- La estructura familiar y el estado civil. La presencia de hijos dependientes y la ausencia de cónyuge (viudedad) condicionan mayor riesgo
- Profesión y trabajos previos. Mayor riesgo cuando el grado de satisfacción laboral era alto
- Escasa motivación o intereses en otras actividades
- Escasa o inadecuada red de apoyo social
- Cuantía de ingresos insuficientes (para las necesidades habituales del jubilado)
- Ausencia de preparación previa para la jubilación

Así, se conoce que los efectos de la jubilación sobre la mujer son menores y que las mujeres más afectadas son las cónyuges de trabajadores manuales, cuando la ausencia física del marido del hogar era prolongada y a quienes puede resultar difícil, tras la jubilación, adaptarse a que los jubilados ocupen más espacio y tiempo, necesitando reordenar los ritmos diarios del hogar.

También factores vinculados a la calidad de vida y al estado previo de salud y a rasgos psicológicos de la personalidad, así como la inteligencia, la memoria, la habilidad para enfrentarse al estrés, el grado de confianza en sí mismo y en los demás, la capacidad de expresión de sentimientos y emociones y la aptitud para el aprendizaje son indicadores importantes de una jubilación exitosa⁹⁸.

La estructura y dinámica familiares modulan igualmente la repercusión de la jubilación. La existencia de hijos dependientes, el estado civil (viudedad) y el entorno afectivo familiar son aspectos importantes a tener presentes en el abordaje preventivo de las alteraciones biopsicosociales vinculadas a la jubilación. Por ejemplo, ser varón y vivir sin una esposa/compañera incrementa el riesgo de deterioro funcional en los jubilados⁹⁹.

La disponibilidad de una adecuada red de apoyo social, tanto familiar como extrafamiliar, se ha mostrado eficaz en la prevención de las alteraciones biopsicosociales vinculadas a la jubilación e influye positivamente en el bienestar general del jubilado y de su familia, aumentando la longevidad y la calidad de vida. De ahí, la necesidad de mantener el soporte social y la participación e integración en grupos sociales y comunitarios para contrarrestar los efectos negativos de la jubilación. Los jubilados que antes de jubilarse eran miembros de 2 grupos comunitarios (culturales, deportivos, de ayuda, religiosos, etc.) y continúan perteneciendo y participando en ellos tienen un riesgo del 2% de muerte en los 6 años posteriores a la jubilación, un 5% si pierden 1 de esos grupos y un 12% si pierden los 2¹⁰⁰. También la calidad de vida disminuye a medida que se deja de pertenecer a los grupos sociales. El efecto de la pertenencia a grupos sociales sobre la mortalidad y calidad de vida puede resultar comparable al que tiene la realización regular de ejercicio físico¹⁰⁰.

La profesión o el tipo de trabajo que desarrolló el jubilado, el grado de satisfacción alcanzado con este, la motivación que sienta por otras actividades alternativas y la seguridad económica de que disponga son también factores condicionantes de la adaptación a la jubilación y que conviene investigar en el abordaje preventivo de esta transición psicosocial. Finalmente, la participación en programas de preparación para la jubilación constituye una estrategia preventiva útil para un mejor afrontamiento de esta.

Recomendaciones PAPPS 2016

La jubilación, como proceso de pérdida social de la capacidad productiva del individuo, supone en el jubilado y sus allegados la puesta en marcha de procesos emocionales de duelo. El objetivo básico de este subprograma es lograr la preparación de toda la red social (formal e informal) para la jubilación, a fin de lograr que la jubilación sea vivida como un proceso natural que conlleve los máximos beneficios psicofísicos.

La *red social informal (familiar)* la constituyen la propia familia (pareja, hijos, nietos y otros parientes) y también los amigos, vecinos, compañeros y conocidos. La *red social formal (extrafamiliar)* es la constituida por los profesionales de diferentes campos que realizan el apoyo mediante determinados programas o de forma liberal (tabla 12).

En las tablas 13-15 se exponen las recomendaciones del PAPPS en este subprograma.

Ancianos con frecuentes cambios de domicilio

La esperanza de vida en nuestro país es de 82,3 años en los varones y de 85,2 años en las mujeres, con un importante incremento del grupo de población de más de 70 y 80 años⁷⁶.

Tabla 12 Organizaciones integrantes de la red social formal o extrafamiliar

- Equipos de atención primaria y equipos de salud mental
- Instituto Nacional de Seguridad Social (prestaciones económicas e información laboral)
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) e institutos de servicios sociales de las comunidades autónomas correspondientes: prestaciones económicas, programa de ayudas técnicas, programa de vacaciones, programa de termalismo social y publicaciones, principalmente
- Departamentos de servicios sociales municipales y de las consejerías de salud o bienestar social (actividades ocupacionales, educativas y culturales, programas de preparación para la jubilación)
- Departamentos de cultura (actividades ocupacionales y culturales)
- Servicios de deportes, federaciones deportivas y clubes deportivos municipales (actividades deportivas de iniciación y perfeccionamiento en diversas modalidades: gimnasia, natación, atletismo, etc.; competiciones de veteranos y superveteranos)
- Centros de formación de adultos (actividades de formación permanente)
- Universidades populares (actividades ocupacionales y de formación permanente)
- Universidades de mayores (universidades con “cuarto ciclo” universitario)
- Organizaciones no gubernamentales (ONG) de voluntariado social: Cruz Roja, Cáritas, comedores sociales, Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, etc.
- Obras sociales de las entidades bancarias y antiguas cajas de ahorro (actividades educativas, culturales y servicios sociales diversos)
- Asociaciones de jubilados y pensionistas, con finalidades educativas, culturales o de asesoramiento profesional (SECOT)
- Agencias de viajes (promociones especiales de viajes y estancias)
- Compañías de transportes (descuentos y promociones)
- Sindicatos y empresas (programas de preparación para la jubilación, actividades educativas y culturales)

Tabla 13 Recomendaciones dirigidas a los pacientes que se jubilan y a sus familiares

1. Atención previa, a través de una entrevista individual o familiar (al menos con el jubilado y su pareja), a ser posible en el año anterior a la jubilación. Los objetivos de esta entrevista serían:
 - Explicar la jubilación como un proceso natural de transición psicosocial, que tiene repercusiones relevantes en la mayor parte de los aspectos de la vida y que puede originar desajustes personales en el jubilado y en el seno familiar
 - Advertir en esa u otras entrevistas de la importancia de mantener una vida mental, física y social activa tras la jubilación, animando hacia el reforzamiento de las actividades de relaciones sociales, culturales, de ocio, lúdicas e incluso físicas y deportivas posteriores a la jubilación. Esta etapa anterior a la jubilación puede también ofrecer una oportunidad adecuada para fomentar actividades preventivas y estilos de vida saludables. Así, por ejemplo, el ejercicio físico puede ser un sustituto del trabajo, en todo lo que se relaciona con conceptos tales como regularidad, esfuerzo, disciplina, rigor, creatividad y organización⁸²
 - Reforzar psicológicamente la red familiar preguntando directamente sobre los miedos y temores que suscitan la jubilación venidera, facilitando información sobre esta situación, sus posibles repercusiones y el proceso de adaptación en esta fase de la vida
 - Prevenir posibles desajustes en el núcleo familiar identificando, con el conocimiento previo de la familia y el adquirido en esta entrevista, los individuos más propensos a estas descompensaciones
 - Si la persona que va a jubilarse tiene posibilidad de acudir a alguno de los cursos de preparación a la jubilación, bien en su empresa o bien fuera de ella, habrá que animarle a que acuda acompañado de su cónyuge o persona relevante en este proceso de adaptación, para que también participe activamente en este
 - Detección en esta visita, utilizando el conocimiento previo del equipo con respecto al paciente, de los riesgos psicosociales previsible al jubilarse: aislamiento social, sentimientos de soledad, aumento de la pasividad y la dependencia, síntomas depresivos, etc.
 - Situar al individuo en el grupo de riesgo alto o riesgo bajo respecto a las probabilidades de descompensación con la jubilación. A este respecto, la presencia de varios factores de riesgo de los recogidos en la tabla 11 (variables predictoras del impacto de la jubilación) permitirían ubicar al paciente en el grupo de riesgo alto de descompensación
 - Solicitar de la familia el apoyo que precise el jubilado según la valoración de grupo de riesgo (alto o bajo) asignado, implicando a todos los miembros de la familia en la resolución de los conflictos y trastornos adaptativos de la jubilación
2. A los individuos con riesgo alto de descompensación biopsicosocial se les ofrecerá, al menos, 2 visitas concertadas a los 2 y 6-12 meses de la jubilación efectiva y con posterioridad según evolucione la situación. Si en esas entrevistas se detecta la existencia de un trastorno adaptativo o psicopatológico, se debe valorar la propia capacidad resolutiva multiprofesional del equipo de atención primaria, consultando también con el trabajador social, solicitando su colaboración y la de otros constituyentes de la red social de apoyo formal o extrafamiliar (tabla 12) que sean convenientes. En caso necesario se derivará el paciente a la unidad de salud mental
3. A los individuos con riesgo de descompensación bajo se les hará un seguimiento en alguna de las visitas habituales por otros motivos, durante los 2 años posteriores a la jubilación
4. Durante los 2 años posteriores a la jubilación, y en el contexto de las consultas por otros motivos, debemos indagar, al menos en alguna ocasión, sobre el estado general y anímico del jubilado y sobre la situación familiar

Tabla 14 Recomendaciones dirigidas al equipo de atención primaria para la preparación de la red social tras la jubilación

- Por la cantidad de factores condicionantes, en las descompensaciones biopsicosociales vinculadas al proceso de jubilación se requiere de un abordaje preventivo de carácter multiprofesional, con la participación de médicos, trabajadores sociales y diplomados de enfermería. Solo así, la intervención en esta transición vital, como en otras muchas, será integral y eficaz
- Animar, facilitar y potenciar a través del trabajador social del equipo, la creación y pertenencia del jubilado y su pareja, si la hubiere, a grupos sociales de su comunidad, como forma de contrarrestar los efectos de la jubilación, disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida y el nivel de salud¹⁰⁰
- La existencia de un riesgo alto de descompensación biopsicosocial, en relación con la jubilación, deberá ser señalado de forma clara en la historia clínica, por lo menos en la lista de “condicionantes y problemas” o su equivalente

Esta población se enfrenta con mayor frecuencia a situaciones de enfermedad, de pérdida de autonomía y de cambios sociales, como la viudedad y la jubilación. En nuestra cultura mediterránea, el cuidado del anciano suele corresponder a los parientes más próximos, dando como resultado un continuo cambio de domicilio del anciano.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología estima que el 30% de las personas mayores de 65 años reside en compañía de sus hijos y se calcula que el 0,6% cambia de hogar con frecuencia, mientras que el 2,8% se traslada de la casa de un hijo a la de otro por lo menos una vez al año, especialmente en los períodos vacacionales.

Esta actividad preventiva tiene como objetivo prioritario mejorar la atención a los ancianos que se desplazan de domicilio entre sus familiares.

Definición

Cambios de domicilio del anciano periódicos y frecuentes, con estancias inferiores a los 3 meses, como consecuencia de la incapacidad para vivir de modo autosuficiente. Son varios

Tabla 15 Recomendaciones dirigidas a la administración, organismos de las comunidades autónomas, organizaciones empresariales y sindicales

- Fomentar y promocionar la iniciativa, puesta en marcha y desarrollo de cursos de preparación a la jubilación, tanto por parte del Estado como de las empresas privadas. La preparación para la jubilación es fundamental para el bienestar y el equilibrio físico y psíquico del individuo. La II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, recomendaba a los gobiernos tomar medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual y hacer más flexible la edad de derecho a jubilarse. Estas medidas deben incluir cursos de preparación para la jubilación y la disminución del trabajo en los últimos años de la vida profesional
- Promover, también por parte de los diferentes organismos estatales y de las propias empresas, el desarrollo de programas de actividades culturales, artísticas, físicas y ocupacionales, dotándolos de los medios y recursos suficientes^{82,85,92,101}
- Promover la posibilidad de jubilaciones parciales y de retrasos voluntarios en la jubilación, reconociendo la distinta repercusión de las jubilaciones voluntarias y de las jubilaciones obligadas^{79,83}

los nombres con los que se ha denominado a estas personas: ancianos golondrina, itinerantes, maletas o paquetes.

Evidencia científica

La movilidad de domicilio a la que algunos ancianos están sometidos periódicamente puede, en ocasiones, propiciar desorientación, deterioro cognitivo o trastornos adaptativos, a la vez que dificulta su correcto seguimiento desde un punto de vista clínico¹⁰².

La pérdida de su propio domicilio puede suponer para el anciano un proceso psicológico de duelo equivalente a la pérdida de su independencia y de su estilo de vida. El cambio a otros hábitos de vida diaria puede acarrearle desequilibrios sociales, físicos y psíquicos, como síndromes confusionales o deterioro cognitivo. La inadaptación por parte del anciano o de la familia puede desencadenar serios problemas de convivencia, comunicación y/o trastornos psicológicos.

Al cabo de meses o años, una pérdida no elaborada puede dar paso a trastornos psicopatológicos. También los cuidadores principales presentan a menudo trastornos tanto físicos como psíquicos, que llegan a afectar hasta al 63% de ellos si el anciano presenta deterioro cognitivo¹⁰³.

Estos cambios de domicilio, generalmente de área sanitaria o de ciudad, implican que ya no serán los profesionales sanitarios “de siempre” o de “cabecera” (médicos y enfermeros, fundamentalmente), que habían venido controlando la salud del anciano en su domicilio habitual, quienes lo atiendan en su nuevo y temporal domicilio, sino que serán otros nuevos profesionales, de otro equipo de AP, quienes temporalmente se encargarán de su atención y cuidados, lo que puede afectar al seguimiento de posibles patologías crónicas y a su tratamiento.

Tabla 16 Recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios responsables de la atención y cuidados del anciano en su temporal y nuevo domicilio

1. Valoración integral del anciano^{104,105}
 - Valoración del estado de salud (en la consulta o en el domicilio, según proceda)
 - Entrevista clínica individual: antecedentes familiares, biografía sanitaria, hábitos higiénicos/dietéticos, patrón del sueño, conductas sociales, rasgos de personalidad y relaciones sociales
 - Entrevista clínica familiar: ideal hacerla con quienes serán sus cuidadores (al menos con el cuidador principal). Averiguar la relación afectiva y de respeto mutuo entre el anciano y su familia. Como mínimo, el médico debería estar informado de la dinámica familiar (directamente por miembros de la familia receptora del anciano)
 - Exploración física (general y por aparatos)
2. Valoración funcional. Mediante entrevista individual o mediante diferentes escalas:
 - De actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz, Barthel u otras)
 - De actividades instrumentales de la vida diaria (escala de Lawton-Brody u otras)
3. Valoración mental¹⁰⁶. Mediante entrevista individual o mediante diferentes escalas:
 - Esfera cognitiva: miniexamen cognoscitivo o el test de Pfeiffer
 - Depresión: escala de Yesavage o escala de ansiedad-depresión de Goldberg
4. Valoración de la situación sociofamiliar:
 - Conocer el número total de domicilios en los que el anciano vivirá en 1 año y la frecuencia con que realizará los cambios
 - Identificar al cuidador principal dentro de la familia responsable del cuidado del anciano
 - Valorar las características de la vivienda (número de habitaciones, personas que la habitan, aseos disponibles, espacio, etc.) y las barreras arquitectónicas (carecer de ascensor, desniveles, etc.)

Recomendaciones PAPPS 2016

Cuando una persona anciana se adscribe temporalmente a un nuevo cupo médico/de enfermería, por cambios frecuentes de domicilio, los profesionales sanitarios que vayan a ser responsables de su atención y cuidado durante este tiempo (que idealmente debieran ser siempre los mismos y, a ser posible, los mismos que atienden a los familiares del anciano) deberían tener en cuenta las recomendaciones dadas en las tablas 16-18.

También conviene resaltar la importancia que, para una correcta atención a estos pacientes ancianos con cambios frecuentes de domicilio, tiene la elaboración de un *informe clínico móvil*¹⁰⁸ (anexo 1). Este *informe* tendría que realizarlo, antes del nuevo cambio de domicilio, el médico que en ese momento figura como médico del paciente en su tarjeta sanitaria, y en él debería hacer constar los siguientes datos: resumen de la valoración integral del anciano, problemas detectados y tratamientos prescritos, y si es necesario algún

Tabla 17 Recomendaciones dirigidas al anciano que cambiará de domicilio¹⁰⁷

1. Es importante que lleve consigo en cada cambio de domicilio sus objetos personales, sobre todo los de mayor valor sentimental (fotografías, despertador, recuerdos, etc.)
2. Es importante que conserve sus relaciones sociales. Que no se interrumpan sus relaciones con amigos, fomentando las visitas mutuas. También que inicie actividades de ocio dentro y fuera del domicilio (centros de día, hogar del jubilado, actividades de voluntariado, talleres, etc.)
3. Es importante mantenerse física y mentalmente activo (pasear, leer, ir de excursión, etc.)
4. Es importante respetar las costumbres de los miembros de la familia (intentar aceptar que los niños juegan y gritan, que los jóvenes salen y vuelven tarde, etc.)
5. Es importante guardar por separado la medicación crónica y aguda, para evitar errores. Incidir sobre la importancia del tratamiento y su correcto cumplimiento
6. Es importante que comunique al médico/enfermera si se presentan cambios físicos (disminución de apetito y/o pérdida de peso) o psíquicos (pérdida de memoria o cambios en el estado de ánimo)

Tabla 18 Recomendaciones dirigidas a la familia que acoge al anciano

1. Es importante que el anciano disponga de un espacio físico propio, donde pueda tener sus objetos personales de valor sentimental. Si no fuese posible, y debiera compartir su espacio con otro miembro de la familia, sería conveniente que pudiera conservar dichos objetos
2. Es importante insistir a la familia que fomente las relaciones sociales del anciano y que facilite las visitas a los amigos
3. Contando con su aprobación conviene asignar algunas tareas al anciano para favorecer su integración familiar
4. Comunicar al equipo de atención primaria los cambios, tanto físicos como psíquicos, que se presenten en el anciano
5. Es importante separar la medicación crónica y aguda para evitar confusiones
6. Respetar las costumbres y actitudes del anciano, así como sus horarios y descansos
7. En la medida de las posibilidades intentar que los cambios de domicilio no deseados sean los mínimos y que las estancias en cada domicilio sean superiores a 3 meses, siempre que no supongan dificultades importantes en la familia
8. Recomendaciones específicas para el cuidador principal:
 - Buscar un espacio propio de ocio y actividades lúdicas
 - Contactar con grupos de ayuda y otros cuidadores
 - Informale sobre las enfermedades, su evolución y complicaciones previsibles
 - Educar sobre las posturas y la movilización correctas de los ancianos
 - Informar sobre los recursos sanitarios y no sanitarios disponibles

Tabla 19 Ayudando al anciano que vive en varias casas^{109,110}*Antes de que llegue*

- Avise a su médico y enfermera si el anciano precisa cuidados especiales (curas, sondas, oxígeno, etc.)
- Si necesita ayuda en casa hable con tiempo al trabajador social
- Intente acondicionar la casa para evitarle caídas o accidentes (quite alfombras, pequeños muebles en su camino, etc.)
- Prepare una cama lo más cómoda posible
- Hable con su familia, intente repartir alguna responsabilidad en la atención al anciano

Cuando ya esté en su casa

- Permítale que tenga cerca de él sus objetos personales o más queridos
- Recuerde siempre que el anciano está fuera de su casa y le cuesta adaptarse
- Intente respetar su capacidad de decisión y sus preferencias
- No haga las cosas que él puede hacer solo
- Haga que toda la familia lo respete y lo trate con dignidad
- Si ha cambiado mucho desde la última vez (pérdida de peso, menor apetito, pérdida brusca de memoria, pérdida brusca de visión, etc.) comuníquesele a su médico
- No le riña por sus olvidos
- Si el anciano se desorienta con facilidad:
 - Colóquese una placa identificatoria o una fotocopia del DNI y un teléfono
 - Tenga una foto actual de él
 - En sus paseos repita siempre el mismo itinerario
 - Deje una luz suave en el pasillo o en su habitación por si se levanta de noche

Antes de que se marche a la próxima casa

- Pida a la enfermera que le anote los cuidados que precise
- Pida a su médico que le dé un informe por escrito con el tratamiento y todo lo que le parezca de interés
- Avise al familiar que lo cuidará en esa rotación si precisa algún análisis o prueba
- Si notó cambios no explicados dígaselo al familiar que lo cuidará en esa rotación
- Prepare y guarde en una carpeta: tarjeta sanitaria, informes médicos, análisis, instrucciones claras sobre la toma de medicamentos
- Entregue al siguiente cuidador toda la medicación que toma el enfermo. Explíquesele los cambios recientes

Diez consejos para cuidar mejor a un anciano

1. Si tiene problemas de oídos nunca le grite, hablele de frente y vocalizando bien
2. No discuta con él, no le regañe si hace “cosas de niño”
3. No intervenga demasiado en su manera de vivir
4. Procure no alterar las costumbres del anciano que suele llevar una vida rutinaria
5. Ofrézcale cariño, tenga paciencia aunque a veces el anciano le parezca egoísta
6. Haga que se sienta útil haciendo pequeñas tareas: poner la mesa, barrer, acompañar a los nietos, etc.
7. Retire obstáculos de su camino por la casa.
8. Tenga la casa ordenada, así será más segura para él
9. Evite cambios bruscos: horarios o alimentación sin hablarlo antes con él
10. Si usted se siente agotado o agobiado pida ayuda a un familiar o a su médico

Tabla 20 Ayudando al cuidador del anciano^{109,110}*Antes de que llegue el anciano*

- Consulte a su médico si usted sufre de ansiedad, insomnio o intranquilidad por la llegada del anciano
- Es normal que sienta agobio en algún momento, no se culpe por ello
- Intente hablar con su familia para conseguir ayuda en el cuidado del anciano

Cuando el anciano ya esté en casa

- Recuerde siempre que usted debe cuidarse
- Reparta tareas en el cuidado del anciano
- Cuando estén otras personas en la casa intente tomarse ratos libres fuera de la casa (ver amigos, ir a la peluquería, dar una vuelta solo, ir al gimnasio, etc.)
- Pedir ayuda no es un signo de debilidad, puede ser una excelente forma de cuidar a nuestro familiar y de nosotros mismos

Cuando “acompañe” al anciano con su próximo cuidador

- Guarde todo en una pequeña carpeta (tarjeta sanitaria, DNI, informes, análisis, etc.)
- Déle al próximo cuidador una copia de estas hojas si a usted le han resultado útiles

control analítico o prueba complementaria (con fecha aproximada de su realización). A través de este *informe*, el equipo asistencial (médico/enfermera que ha atendido al anciano en el último domicilio) establecerá con el resto de equipos que atienden al anciano un circuito informativo (escrito y/o oral), facilitando para ello nombres, teléfonos y horario de contacto más adecuado. Los sucesivos profesionales (médicos/enfermeros) que atiendan al anciano serán invitados a anotar en una hoja de curso clínico cualquier intervención realizada, grapándola al informe móvil.

Finalmente, en las tablas 19 y 20 se recogen unas recomendaciones conjuntas para el anciano y el cuidado principal, que pueden resultar de utilidad y que se les puede entregar en la primera visita^{109,110}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;38:2197-233.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
3. WHO. “mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings”. Genève: World Health Organization; 2010.

4. WHO. Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Guidelines for Mental, Neurological and Substance Use Disorders, 2015. Genève: World Health Organization; 2015.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health. Disponible en: www.cdc.gov/mentalhealth
6. Mental Health Commission of Canada. (2012). Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Disponible en: www.mentalhealthcommission.ca/English/node/721
7. Durkheim E. El suicidio (1897). Buenos Aires: Shapiro; 1971.
8. Marra R. Suicidio, diritto e anomia. Immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane; 1987.
9. Rodes A. Aborto, suicidio y eutanasia, Barcelona: Joica; 2009.
10. Mosquera D. La autolesión: el lenguaje del dolor. Madrid: Pléyades; 2008.
11. Ramón A. Historia del suicidio en Occidente. Barcelona: Península; 2003.
12. Camón R. Prevención del suicidio. En: Curso a distancia de prevención en atención primaria. Barcelona: semFYC; 1997. p. 715-725.
13. Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández-Alonso C, García-Campayo J, et al; Grupo de Trabajo de Salud Mental del PAPPs y la semFYC. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2001;28, Suppl 2:106-70.
14. WHO-OMS. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
15. WHO-OMS. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Resumen ejecutivo. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
16. INE (Instituto Nacional de Estadística). Nota de prensa. 27 de febrero de 2015. Defunciones según la causa de muerte 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
17. Wilkinson RG. Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London: Routledge; 1997.
18. Wolf S, Bruhn JG. The power of clan. The influence of human relationships on heart disease. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers; 1993.
19. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med*. 2014;44:279-89.
20. Boulougouris V, Malogiannis I, Lockwood G, Zervas I, Di Giovanni G. Serotonergic modulation of suicidal behaviour: integrating preclinical data with clinical practice and psychotherapy. *Exp Brain Res (Germany)*. 2013;230:605-24.
21. LeFevre ML; U.S. Preventive Services Task Force. December 2014. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014;160:719-26. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/suicide-risk-in-adolescents-adults-and-older-adults-screening>
22. MacMillan HL, Christopher JS, Patterson C, Wathen N; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2005;133-5.
23. Spiwak R, Elias B, Bolton JM, Martens PJ, Sareen J. Suicide Policy in Canada: Lessons From History. *Can J Public Health*. 2012;103:e318-41.
24. Bentall RP. Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos? Barcelona: Herder; 2011.
25. Moncrieff J. Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder; 2013.
26. Qin P, Webb R, Kapur N, Sorensen HT. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J Intern Med*. 2013;273:48-58.

27. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consulting and Clinical Psychology*. 2014;68:371-7.
28. Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsä E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychol Med*. 2014;44:291-302.
29. Ando S, Kasai K, Matamura M, Hasegawa Y, Hirakawa H, Asukai N. Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. *J Affect Disord (Netherlands)*. 2013;151:561-5.
30. Serretti A, Chiesa A, Calati R, Linotte S, Sentissi O, Papageorgiou K, et al. Influence of family history of major depression, bipolar disorder, and suicide on clinical features in patients with major depression and bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (Germany)*. 2013;263:93-103.
31. Gulec MY, Ynanc L, Yanartab O, Uzer A, Gulec H. Predictors of suicide in patients with conversion disorder. *Compr Psychiatry*. 2014;55:457-62.
32. Jovanovic N, Podlesek A, Medved V, Grubisin J, Mihaljevic-Peles A, Goran T, et al. Association between psychopathology and suicidal behaviour in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants. *Crisis*. 2013;1;34:374-81.
33. Tizón JL. Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador. Barcelona: Herder; 2013.
34. Tizón, JL. Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento. Barcelona: Herder; 2014.
35. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378:124-5.
36. Tizón JL. Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Herder; 2013.
37. MacKinnon RA, Michels R. Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana; 1992.
38. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria. 6.ª ed. Barcelona: Biblaria; 2000.
39. Hochman E, Shelef L, Mann JJ, Portugese S, Krivoy A, Shoval G, et al. Primary health care utilization prior to suicide: a retrospective casecontrol study among active-duty military personnel. *J Clinical Psychiatry*. 2014;75:817-23.
40. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014;29:870-7.
41. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*. 1993;342:283-6.
42. Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:256-64.
43. Sörberg A, Lundin A, Allebeck P, Melin B, Falkstedt D, Hemmingsson T. Cognitive ability in late adolescence and disability pension in middle age: follow-up of a National Cohort of Swedish Males. *PLoS ONE*. 2013;8:e78268.
44. Fowler JC. Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy (Chic) (US)*. 2012;49:81-90.
45. Leawood KS; American Academy of Family Physicians. Clinical Recommendations Suicide, Screening. Washington: American Academy of Family Physicians; 2014. Disponible en: <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/suicide.htm>
46. O'Connor E, Gaynes B, Burda BU, Williams C, Whitlock EP. Screening for suicide risk in primary care: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 103. AHRQ Publication No. 13-05188-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
47. Homaifar B, Matarazzo B, Wortzel HS. Therapeutic risk management of the suicidal patient: augmenting clinical suicide risk assessment with structured instruments. *J Psychiatr Pract (United States)*. 2013;19:406-9.
48. Tizón JL, SanJosé J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder; 2000.
49. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*. 2009;373:147-53.
50. Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR, Raue PJ, Zee J, Bruce ML, et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ*. 2013;346:f2570.
51. Tizón JL. La histeria como organización o estructura relacional: (2) Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva. *Intersubjetivo/Intrasubjetivo*. 2004;6:162-75.
52. Dargenfield M. Negligencia y violencia sobre el adolescente: Abordaje desde un Hospital de Día. Temas de Psicoanálisis. 2012;4. Disponible en: <http://www.temasdepsicoanalisis.org>
53. Buitrago F (coordinador), Ciurana R, Chocrón L, Fernández-Alonso MC, García-Campayo J, Montón C, et al; Grupo de Salud Mental del PAPPS. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014;46 Supl 4:59-74.
54. Kleiman EM, Liu RT, Riskind JH. Integrating the interpersonal psychological theory of suicide into the depression/suicidal ideation relationship: a short-term prospective study. *Behav Ther*. 2014;45:212-21.
55. Jobes DA. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide Life Threat Behav (England)*. 2012;42:640-53.
56. Comans T, Visser V, Scuffham P. Cost effectiveness of a community based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis (Canada)*. 2013;34:390-7.
57. King K, Bassilios B, Reifels L, Fletcher J, Ftanou M, Blashki G, et al. Suicide prevention: evaluation of a pilot intervention in a primary care context. *J. Ment Health*. 2013;22:439-48.
58. Lester D. Suicide prevention on campus--what direction? *Crisis (Canada)*. 2013;34:371-3.
59. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2013;61:363-74.
60. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis (Canada)*. 2013;34:32-41.
61. Sawyer JR. Suicide prevention in healthcare. *J Healthc Prot Manage (United States)*. 2014;30:98-104.
62. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord*. 1995;18:147-52.
63. Pérez-Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Disponible en: <http://www.angeldelaguada.com.ar/gestalt/libros/suicidio/COMO%20EVITAR%20EL%20SUICIDIO%20EN%20ADOLESCENTES.pdf>
64. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151:784-92. Disponible en: <http://annals.org/data/Journals/AIM/20195/0000605-200912010-00006.pdf>
65. Cuijpers P, De Beurs DP, Van Spijker BA, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJ. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord (Netherlands)*. 2013;144:183-90.

66. Simon GE. The antidepressant quandary – considering suicide risk when treating adolescent depression. *N Engl J Med*. 2006;12:355.
67. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: A metaanalysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. 2008;5:e45.
68. Michel K, Dey P, Stadler K, Valach L. Therapist sensitivity towards emotional life-career issues and the working alliance with suicide attempters. *Arch Suicide Res*. 2004;8:203-13.
69. Bautista M, Correa M. Relación de ayuda ante el suicidio. Argentina: San Pablo; 2005.
70. Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Kotowicz MA, Berk M, Girardi P, et al. Suicidal ideation and physical illness: does the link lie with depression? *J Affect Disord*. 2014;152-154:422-6.
71. Tizón JL, Daurella N, Cleries X, compiladores. ¿Bioingeniería o medicina?: El futuro de la medicina y la formación de los médicos. Barcelona: Red Ed; 2013.
72. Aasland OG. Physician suicide-why? *Gen Hosp Psychiatry (United States)*. 2013;35:1-2.
73. Freeman D, Bentall R, Garety P, editors. Persecutory delusions: Assessment, theory and treatment. Oxford: Oxford Universities Press; 2008.
74. Tizón J. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *FMC*. 2016;23:61-76.
75. Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible. BOE de 13 de julio de 2002.
76. Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm
77. Fernández Ballesteros R. Jubilación y salud. *Humanitas Humanidades Médicas*. 2009;37:1-23.
78. Van der Heide I, Van Rijn RM, Robroek SJ, Burdorf A, Proper KI. Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2013;13:1180-91.
79. Rhee MK, Mor Barak ME, Gallo WT. Mechanisms of the Effect of Involuntary Retirement on Older Adults' Self-Rated Health and Mental Health. *J Gerontol Soc Work*. 2016;59:35-55.
80. Hernández G. La preparación para la jubilación. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*. 1992;86:39-67.
81. Samuelsson SM. Occupational retirement in women due to age. Health aspects. *Scand J Soc Med*. 1994;22:90-6.
82. Zantinge EM, Van den Berg M, Smit HA, Picavet HS. Retirement and a healthy lifestyle: opportunity or pitfall? A narrative review of the literature. *Eur J Public Health*. 2014;24:433-9.
83. Staudinger UM, Finkelstein R, Calvo E, Sivaramkrishnan K. A global view on the effects of work on health in later life. *Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2:S281-92.
84. Horner EM, Cullen MR. The impact of retirement on health: quasi-experimental methods using administrative data. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:68.
85. Ding D, Grunseit AC, Chau JY, Vo K, Byles J, Bauman AE. Retirement-A Transition to a Healthier Lifestyle?: Evidence From a Large Australian Study. *Am J Prev Med*. 2016. doi: 10.1016/j.amepre.2016.01.019. [Epub ahead of print].
86. Hessel P. Does retirement (really) lead to worse health among European men and women across all educational levels? *Soc Sci Med*. 2016;151:19-26.
87. Prevention of Psychiatric Disorders in General Practice. London: Royal College of General Practitioners; 1981.
88. Calvo E. Does working longer make people healthier and happier? Center for Retirement Research. 2006;2:1-9.
89. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010;22:389-95.
90. Perissinotto CM, Cenzer IS, Covinsky KE. Loneliness in older persons. *Arch Intern Med*. 2012;172:1078-83.
91. Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, Starr JM, Kivimäki M, Batty GD. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *BMJ* 2012;345:e4933.
92. Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies. *Milbank Q*. 2013;91:222-87.
93. Bodner E, Bergman YS. Loneliness and depressive symptoms among older adults: The moderating role of subjective life expectancy. *Psychiatry Res*. 2016;237:78-82.
94. Pereira J. Envejecer: una perspectiva evolutiva. En: Rodríguez S, Castellano A, editores. *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. ICEPSS; 1995.
95. Salcedo M, Pinilla B, Guimón J. La red social en personas psicológicamente afectadas. *Psiquis*. 1987;8:176-83.
96. Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993.
97. Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI; 1996.
98. Wang M, Shi J. Psychological research on retirement. *Ann Rev Psychol*. 2014;65:209-33.
99. Hajek A, König HH. Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe - Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *PLoS One*. 2016;11:e0146967.
100. Steffens NK, Cruwys T, Haslam C, Jetten J, Haslam SA. Social group memberships in retirement are associated with reduced risk of premature death: evidence from a longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 2016;6:e010164.
101. Baxter S, Johnson M, Payne N, Buckley-Woods H, Blank L, Hock E, et al. Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016;13:12.
102. López R, Maymó N. Atención domiciliaria. Barcelona: Doyma; 1991.
103. Pérez JM, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria*. 1996;4:194-202.
104. Williams EL, Buckley G, Freer C, editors. Care of old people: A framework for progress. Occasional paper 45. London: The Royal College of General Practitioners; 1990.
105. Ferrey G, Le Goues G. *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris: Masson; 1989.
106. López C, Canos P, Bayó J. Escalas de valoración cognitiva y funcional en el anciano en atención primaria. *Jano*. 1995;49:1107-9.
107. Taylor RC. Preventive Care of the Elderly. Review of Current Developments. 2nd ed. London: The Royal College of General Practitioners; 1988.
108. Cubero González P, García de Blas González F, Gutiérrez Teira B, Barba Calderón M, Salas Dueñas R, Cid Abasolo F. Uso de un modelo de historia clínica portátil en atención primaria para el seguimiento de los ancianos desplazados rotatorios. *Aten Primaria*. 2000;26:151-6.
109. Sánchez Beiza L, Sánchez del Corral F. Nuestros ancianos se vuelven itinerantes. *Aten Primaria*. 2000;26:331-2.
110. Izal Fernández de Trocóniz MI, Montorio I, Díaz P. Guía para cuidadores y familiares de personas mayores. Vol. I y II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1997.

Anexo 1 Informe clínico móvil para el anciano¹⁰⁸

Nombre:

Médicos/enfermeras

Centro de trabajo

Teléfonos/horario

- Responsable:
- Otro:
- Otro:
- Otro:

Valoración de la situación familiar: dirección, teléfono y cuidador

- Domicilio principal
- Otro
- Otro

Resumen de valoración integral (alergias, valoración del estado de salud, valoración funcional y mental)

Problemas detectados y tratamiento

-

-

-

-

-

-

Requiere los siguientes cuidados o controles: (fecha)

-

-

-

-

-

-
