

Atención Sanitaria
Afectiva y efectiva
en la prevención
del suicidio

UIC
barcelona
Instituto Universitario
de Pacientes



FOROS IUP

ATENCIÓN AFECTIVA Y EFECTIVA

Mayo de 2022

Con el patrocinio de:

janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*

Índice

Justificación	5
Objetivo del Foro	7
Entidad organizadora	9
Participantes	11
Metodología	13
Discusión	15
1. Empoderar a pacientes y comunidades	15
2. Trabajar la atención personal humanizando el trato y reconociendo la dignidad de la persona	16
3. Desarrollar una relación bidireccional médico-paciente	17
4. Trabajar la continuidad de la atención	18
5. Fomentar la co-creación y co-producción profesional-paciente	20
6. Adecuar los espacios posibilitando una atención digna a pacientes y profesionales	21
7. Desarrollar cuidados afectivos en un mundo tecnológico	22
8. Normalizar socialmente la enfermedad	22
9. Profesionalizar las asociaciones de pacientes	24
10. Trabajar el compromiso de los profesionales	24
Conclusiones	27
Anexos	27
Bibliografía	41

Justificación

La atención de los pacientes consiste en curarlos con base a la evidencia científica, cuidarlos como persona incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad y estableciendo una atención basada en la confianza y la empatía, para contribuir así a su bienestar y a los mejores resultados para su salud. La humanización de la atención es necesaria para cualquier paciente y también en la prevención del suicidio.

El modelo Afectivo Efectivo desarrollado a partir del pensamiento de Albert J. Jovell trata de combinar el progreso debido al desarrollo de la evidencia científica con el impulso de la dimensión humana de la asistencia, a través del respeto a la dignidad del paciente, el reconocimiento de sus derechos y deberes, la atención a las necesidades de todos los profesionales sanitarios, la involucración y participación del resto de agentes que forman el ecosistema sanitario (asociaciones de pacientes, gobernanza, universidades, industria sanitaria, medios de comunicación, etc.), la adecuación de espacios a las necesidades de todos los implicados en la atención y a los propios pacientes y sus familiares.

Según la OMS, cada año se suicidan más de 700.000 personas en el mundo y por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. En la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

En España, los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística relativos a 2019 indican que un total de 3.671 personas fallecieron en nuestro país por esta causa, de las cuales 2.771 eran hombres y 900 eran mujeres.

La pandemia y el confinamiento consecuencia del Covid-19 han aumentado los síntomas de ansiedad y depresión en una parte de la población, y con ello el aumento de tentativas y de suicidio. Al mismo tiempo, las medidas para la contención de los contagios han limitado también parcialmente el acceso a la atención a pacientes diagnosticados y en tratamiento.

Objetivo del Foro

El Foro de Prevención del suicidio tiene como objetivo valorar como se ven afectados los elementos que configuran el Modelo de Atención Afectivo Efectivo, desde las diferentes perspectivas de aquellos que intervienen directamente en la prevención del suicidio, de aquellos que se ocupan de las políticas sanitarias al respecto y de aquellos que informan a la sociedad sobre el problema.

La finalidad última será detectar puntos a potenciar para mejorar los resultados y la experiencia afectiva y efectiva en la atención a la persona con conducta suicida, de los profesionales durante el proceso de prevención y atención, y también del entorno familiar y social más próximo.

Entidad organizadora

El Instituto Universitario de Pacientes de la Universidad Internacional de Cataluña es una institución universitaria que tiene como objetivo general la educación y formación sanitaria de los pacientes, sus familiares y sus asociaciones en relación a las enfermedades en sus diferentes dimensiones. Entre sus líneas de trabajo destaca el abordaje de las diferentes dimensiones de la enfermedad; individual, familiar, social y relacional con el sistema sanitario.

En el entorno sanitario actual, el Instituto parte del análisis de necesidades de la comunidad para desarrollar programas y estrategias destinadas a promover las aulas de educación y formación, estudios y creación de instrumentos que ayuden en el día a día del paciente y su gestión.

El Aula Janssen de Innovación en Política Sanitaria tiene su sede en el Instituto Universitario de Pacientes de la Universidad Internacional de Cataluña. Ésta se centra en el estudio de las innovaciones en el área de las políticas sanitarias, principalmente las destinadas a la gestión de organizaciones sanitarias, las políticas de participación y la formación directiva de profesionales, y la traslación a nuestro entorno de innovaciones en las áreas de política y gestión sanitaria.

Participantes

Cecilia Borrás Presidenta Associació Supervivents de Suïcidi.

Fran Villar Coordinador del Programa de Prevención del Suïcidi.
Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues

Silvia Coppulo Psicóloga y comunicadora. ECOS

Víctor Pérez Sola President del Consell Assessor de Salut Mental
i Addiccions. Departament de Salut

Diego Palao Asesor del Pla Director de Salut Mental i Addiccions
en el Pla de Prevenció del Suïcidi. Parc Taulí

Joaquin Castrillon Tècnic d'implantació de Programes Oficina
de Salut Mental de les Illes Balears. Ib-salut

Carlos Forero Salud pública. UIC

Nicole Haber Responsable de l'Observatori del Suïcidi.
Coordinadora del Projecte Autonòmic de Prevenció de
la Conducta Suïcida. Psicòloga Clínica Servei de Salut
de les Illes Balears

Jose Maria Soto Ejarque Médico especialista del SEM Catalunya y del
S. Anestesiología, Reanimación y Med.
Crítica del Hospital Universitario de Igualada-Barcelona.
Profesor UB, UAB-EPSI, CCR-ERC

Carlos Mur de Viu Jefe de Servicio de Psiquiatría. Director de Servicios
de Salud Mental. Hospital Nuestra Señora de Meritxell.
Principado de Andorra

MODERADORA DEL FORO

Cristina Molina Directora de Análisis y Estrategia en Salud Mental
de la Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu

Metodología

El foro se realiza de forma no presencial y se recoge la opinión de todos los participantes en diversas rondas de preguntas contando con la moderación de la Dra. Molina.

Así, la prevención del suicidio se plantea desde diferentes puntos de vista:

En primer lugar, desde la visión macro abordando la elaboración de políticas de prevención del suicidio, la perspectiva desde la Salud Pública, la sensibilización social y la lucha contra el estigma, las experiencias internacionales en prevención de suicidio y los Observatorios de Prevención del Suicidio.

En segundo lugar, el enfoque es hacia la visión meso: el reto de la organización de los servicios para implementar la políticas y acciones priorizadas, la implementación del Código Riesgo Suicidio y el registro de tentativas de suicidio, la contribución de las TICs y la forma de incorporar la visión de las personas afectadas, las familias y al entorno.

Finalmente, en tercer lugar, se realiza un enfoque a la visión micro: los elementos de gestión clínica necesarios para la adecuada implementación de las acciones priorizadas.

Los principales temas de discusión del foro se recogen y se presentan en este documento agrupadas en los diez puntos del Modelo Afectivo-Efectivo. En el anexo se recopilan las ideas expresadas por los participantes del Foro.

Discusión

La discusión de los temas debatidos en el Foro se presenta también siguiendo la agrupación de los 10 puntos del Modelo Afectivo-Efectivo. Para cada punto, en primer lugar, se recoge la valoración de la situación actual y, seguidamente, las propuestas de avance o mejora que han surgido del debate.

1. Empoderar a pacientes y comunidades

En general, empoderar implica que el paciente disponga y asimile la información suficiente y adecuada sobre su enfermedad, su pronóstico, y que tenga la posibilidad de tomar sus decisiones sobre su vida. Es uno de los pilares del Modelo Afectivo – Efectivo de A. J. Jovell.

En la prevención del suicidio empoderar implica que las personas involucradas (afectados, familias, profesionales, educadores y sociedad en general) dispongan de conocimientos e información respecto a la problemática del suicidio y de los recursos para su prevención.

El suicidio es problema de salud pública de altísima relevancia, ya que es una de las causas principales de muerte en jóvenes y la tercera causa de años de vida perdidos en España, pero también se trata de un problema social que causa mucho sufrimiento todavía es un tabú. Si bien afecta a población joven, también tiene una gran incidencia en mayores, pero en este último caso el problema está más invisibilizado.

No obstante, el suicidio es prevenible: hay políticas de prevención a nivel internacional que han sido efectivas allí donde se han aplicado, y algunos países han conseguido reducir a la mitad su tasa de suicidio. En España algunas Comunidades Autónomas han desplegado algunas políticas de prevención con dos principales orientaciones: una basada en el sistema sanitario y otra con una visión más transversal.

Para prevenir el suicidio hay que entender qué lo motiva y sus circunstancias, como es la falta de sentido de la vida y el desapego del grupo social. Tiene como principales causas los problemas mentales y los factores estresantes (económicos o vitales), ahora potenciados por la pandemia. Se puede incidir en la prevención más eficazmente cuando responde a una patología mental (esquizofrenia, depresión) o ha sido detectado el riesgo.

La formación y la información de que dispongan el personal sanitario, los padres, los docentes o la sociedad en general, será muy importante para la prevención. También mediante la comunicación adecuada dirigida a los adolescentes o los jóvenes se pueden evitar los mensajes distorsionados, un posible efecto contagio o los mitos alrededor del suicidio.

Como un ejemplo de las políticas de prevención del suicidio en nuestro país, la Comunidad de Illes Balears dispone de un plan específico y de recursos para llevarlo a cabo. Se demuestra la utilidad de la formación que se realiza en institutos y escuelas dirigida a los jóvenes y a las personas que tratan con jóvenes y, además, el programa dispone de una persona de referencia para los centros educativos.

Igualmente, otras iniciativas extendidas como el “Teléfono de la Esperanza” ayudan a salvar muchas vidas. También se han adoptado con éxito en diferentes lugares diversas medidas para alejar de los medios de suicidio a las personas con ideación que es un factor clave de prevención.

Las recomendaciones para fomentar el empoderamiento en la prevención del suicidio radican en políticas públicas y planes que prioricen acciones, las implementen y evalúen, y se cuente con los medios para sostener los programas. Los planes deben estar basados en una prevención universal e implicar a toda la sociedad. Para ello, es necesario dedicar recursos específicos a la prevención, a la comunicación e información. Así mismo, las acciones preventivas han de ser aplicadas en todas las políticas públicas y, consiguientemente, será necesario enfocarlas también hacia el entorno educativo o a la comunidad y no sólo aplicarlas desde el ámbito propiamente sanitario.

Hay que intervenir precozmente para actuar en la ideación suicida, evitando las tentativas y, en definitiva, el suicidio. Para ello algunas medidas eficaces a aplicar serán:

- Dar recursos e información para la prevención.
- Llevar a cabo programas de apoyo a los centros educativos y facilitar referentes.
- Disponer de elementos para detectar el riesgo y canalizar a la persona hacia la ayuda; y que está sea ágil y fácilmente accesible. Las guías han de ser eminentemente prácticas y con indicaciones de actuación precisas.
- Identificar y reducir los puntos de riesgo y, a sí mismo, alejar de la persona los medios de suicidio. Por ejemplo, resulta útil el aislamiento de zonas de peligro y el uso de pantallas de metacrilato en zonas de suicidio frecuente como el Metro.

2. Trabajar la atención personal humanizando el trato y reconociendo la dignidad de la persona

Es necesario dar respuestas en la prevención del suicidio con un trato humanizado, siguiendo el paradigma de A. J. Jovell de dar apoyo a la persona que sufre con una visión integradora.

Existe una actitud muy estigmatizada respecto al suicidio en nuestra sociedad. Da miedo mirarlo de frente e implicarse. El estigma arraigado en la sociedad se debe al vínculo a la enfermedad mental, del propio acto del suicidio, de las tentativas e ideaciones, y de la acti-

tud ante la familia del suicida. Así, los registros de mortalidad no reflejan la realidad completa del suicidio en nuestro país: algunas familias piden que no se registre, o bien se omite, etc. Como sociedad debemos ser más sensibles y superar los mitos y los estigmas. Deberíamos ser más acogedores y amables perdiendo el miedo a actuar y prevenir el suicidio.

La responsabilidad de la prevención no recae nunca en una sola persona. Por ejemplo, en la escuela, el papel del docente es limitado, ya que el docente interactúa en un tiempo y entorno determinado, muchas veces sobrepasado y con muchos alumnos a su cargo. El papel de las familias es importante tanto en la educación del joven como en la prevención.

Nos encontramos, por tanto, ante un reto social importante que ha de producir un cambio de paradigma entorno a la persona que presenta conducta suicida. Si bien, es cierto que nuestra sociedad ha evolucionado mucho en los últimos tiempos, queda un gran trecho por recorrer.

Las recomendaciones para mejorar el trato humanizado empiezan con enfatizar la acogida y reconocer el papel e implicación de las familias en prevención de suicidio y la educación de los hijos, especialmente de los adolescentes. Existe un vínculo afectivo muy importante de los adolescentes con los padres y la familia.

Se ha de hacer una mejor evaluación del riesgo de suicidio: se debe romper el estigma o el silencio y normalizar las razones de los diferentes casos, que muchas veces van más allá de un problema de salud. Para ello la sociedad ha de poder hablar abiertamente del sufrimiento emocional y dar el acompañamiento necesario.

También es preciso acercar la prevención del suicidio a todos los ámbitos de la sociedad y crear una red en la sociedad lo más extensa posible implicada en la prevención. Además, es imprescindible dar a conocer los recursos disponibles tanto para la prevención como para la atención (en los ámbitos de salud, atención social y otras áreas).

3. Desarrollar una relación bidireccional médico paciente

La buena relación profesional-paciente es un aspecto clave y fundamental de la prevención del suicidio. El enfoque por parte de los profesionales ha de centrarse muy particularmente en el bienestar de la persona. Escuchar y hablar serán labores fundamentales para ello.

El suicidio habitualmente se ha asociado a Salud Mental, pero su orientación ha de ser necesariamente más amplia. El seguimiento por parte de los profesionales es fundamental, pero no todo el peso ni la responsabilidad de la prevención ha de recaer en un colectivo o persona concreta. En la acogida de la persona con ideas suicidas se debe involucrar a todos los que puedan tener contacto con ella y evitar que sólo sea atendida en el ámbito de la salud mental.

Los profesionales de la salud no pueden ser los únicos responsables de la detección y de la prevención. Además, no hay garantías de que las personas con tentativas de suicidio

acudan a la atención sanitaria prescrita. De esta forma, no se puede dar atención ni continuidad si no hay conciencia previa del problema por parte del afectado y de sus allegados.

El vínculo que se establece entre el psicólogo o psiquiatra, y la persona con riesgo de suicidio es muy importante para el adecuado seguimiento y la prevención. No obstante, las dificultades actuales para agendar visitas con los profesionales, las demoras y los cambios de profesionales referentes no ayudan y provocan la desvinculación del paciente con el sistema.

Algunas recomendaciones para la mejora de la relación hacen referencia a los datos. El Código Riesgo Suicidio lleva ocho años de registros en Cataluña y durante este tiempo se ha recogido mucha información. Es necesario, entonces, analizar estos datos y reflexionar para saber en qué debemos mejorar y lo qué es más relevante para la prevención.

Otros aspectos de mejora se encuentran en el nuevo diseño de los operativos de emergencias, que son los que atienden al grueso de las tentativas de suicidio de nuestro entorno. En ellos se debe privilegiar la atención ágil y disponible las 24 h, y disponer de criterios de actuación claros y simples.

4. Trabajar la continuidad de la atención

La continuidad de atención para la prevención del suicidio se ha de facilitar mediante planes específicos y la buena coordinación entre los profesionales o entre los ámbitos en los que se tiene relación con la persona de riesgo. También se conseguirá a través de concienciar a la sociedad respecto a la problemática y exponiendo que no se puede afrontar la prevención desde sólo un sector o ámbito, sino que la responsabilidad es compartida, como ciudadanos, profesionales, padres, educadores, etc.

Se presenta el actual Plan que se lleva a cabo en la Comunidad de les Illes Balears y que constituye un buen modelo de continuidad de la atención. Es un tema muy específico, que requiere de un aprendizaje y de una especialización. El Plan dispone de tratamientos monográficos, personas referentes y pautas de actuación. Otras Comunidades Autónomas también aplican programas ad hoc para la prevención del suicidio, aunque no todos los territorios cuentan con los mismos recursos o posibilidades.

El ejemplo anteriormente mencionado de la prevención de suicidio en la Comunidad Illes Balears ilustra la necesidad de la continuidad asistencial y la participación multisectorial y multiprofesional:

- Se colabora con la Conselleria d'Educació de I.B. y los orientadores del S.A.D. (Servei Atenció a la Diversitat), técnicos del Departamento de Bienestar Escolar. Disponen de protocolos, una guía y un programa de formación para los colegios. También desde los centros educativos se pueden realizar directamente derivaciones hacia otros recursos.
- La guía es un documento técnico muy útil que especifica en detalle la detección y la

derivación de los casos de riesgo. Además de la guía se dota de un referente para la coordinación y apoyo adicional a los colegios.

- Este apoyo es proporcionado por una enfermera “gestora de casos” que forma parte del programa de coordinación “Educa Salud Mental”. La “gestora de casos” actúa de puente con las familias, la comunidad educativa, salud mental y otros recursos. Orienta y solventa inquietudes y ayuda a enfrentarse a la situación en el entorno escolar. Da pautas de cómo actuar y realiza charlas al alumnado sobre el tema. Este programa está muy bien valorado por la comunidad educativa.
- También recientemente en Baleares se ha puesto en marcha el Protocolo de prevención de la conducta suicida y actualmente se está evaluando su eficacia.

Los programas multisectoriales tienen por objeto vincular a todos los agentes involucrados, permitir el conocimiento mutuo y reunir a todos los participantes del proceso. Se trata de crear una red colaborativa para reconducir el problema del suicidio en nuestra sociedad y actuar precozmente cuando se detecta un riesgo en algún punto.

Sin embargo, las demoras (de hasta 4 meses) para las visitas de seguimiento de salud mental son un grave contratiempo para conseguir una buena continuidad asistencial. El paciente puede desvincularse del sistema de atención y de prevención por esta demora.

Las recomendaciones para la mejora de la continuidad de la atención consisten, en primer lugar, en disponer de un Plan con una visión interinstitucional y transversal de todos los agentes que toman parte en las diferentes áreas del proceso: promoción, prevención, detección, evaluación atención, seguimiento, etc. Se ha de partir de los recursos en funcionamiento, consolidarlos y reforzarlos, facilitando el acceso a los recursos de apoyo y a la atención.

En la prevención del suicidio hay que dar la misma importancia al maestro, educador en la calle, psiquiatra, psicólogo, especialistas de salud mental, médico o enfermera de Atención Primaria. No obstante, es recomendable disponer además de profesionales especializados que se dediquen de manera exclusiva a realizar la formación de forma directa a los agentes involucrados, el apoyo y la atención a las situaciones de crisis.

Se ha de dar también un seguimiento proactivo al Código Riesgo Suicidio, contar con buenos registros y un análisis de los datos para establecer la mejor estrategia de prevención. Es preciso hacer un seguimiento individualizado de los casos detectados e informar de forma personalizada al individuo y a la familia.

Si bien los Servicios de Emergencia pueden detectar el riesgo y ser la puerta de entrada al sistema, la atención a la persona se ha de realizar con un seguimiento adecuado y sostenido en el tiempo mediante otros recursos especializados.

5. Fomentar la co-creación y co-producción profesional-paciente

La co-creación forma parte del modelo Afectivo-Efectivo, y permite modular la aproximación al tema abordando los aspectos que se consideran importantes en el proceso teniendo en cuenta la visión y expectativas de las personas afectadas y las personas que trabajan con el entorno de la persona con ideas suicidas, de los testimonios y de los supervivientes. Ellos conocen y viven esta realidad y, por consiguiente, las políticas han de ser construidas con ellos y para ellos.

El suicidio se puede prevenir y se puede lograr reducir su incidencia aplicando planes y medidas basados en la evidencia. Existen buenas experiencias de reducción de tasas de suicidio en otros países (en EE.UU., Detroit redujo la tasa de suicidios inicialmente a cero y luego a la media nacional; y en Europa, Dinamarca consiguió reducir y alcanzar la media europea)

Las claves para la prevención del suicidio son:

- Disponer de un plan con medidas de intervención y limitación de acceso a medios letales.
- La actuación de los medios de comunicación (sensibilizar, comunicar bien, reducir estigma, dar a conocer y facilitar el acceso a la ayuda, etc.). Se produce “el efecto Papageano”: informar de forma adecuada reduce la incidencia.
- Información en las escuelas con el objetivo de reducir el estigma y facilitar la búsqueda de ayuda: mejora del abordaje de los problemas y la gestión emocional (interviene Salud, Educación, maestros y tutores de aula, etc.).
- Mejorar el acceso a la ayuda, la continuidad asistencial y el apoyo social.
- Gestionar el plan de seguridad en cada paciente con riesgo alto de suicidio mediante la elaboración de un “plan de seguridad” explícito, con puntos concretos para buscar ayuda de forma fácil, herramientas psicológicas, etc. de forma personalizada. Cuando en el periodo entre visitas al profesional pueden aumentar los factores de riesgo, la persona cuenta con este plan de seguridad.

El Plan de que dispone la comunidad de Illes Balears desde 2018 cuenta con diversos instrumentos útiles. Se aborda la prevención del suicidio, superando la falta de coordinación, las duplicidades, los departamentos estancos. Facilita la participación interinstitucional (de entidades, centros de salud, ayuntamientos, etc.). Para para llevarlo a cabo cuenta con técnicos y equipos de coordinación. Los principales pasos dados son:

- Primero, la creación del Observatorio de Suicidio y la Oficina de Salud Mental, formado por un grupo de técnicos con experiencia asistencial y dedicados de forma exclusiva al Plan estratégico y a evaluar la implantación.

- En segundo lugar y de forma paralela, la creación de un Grupo de Trabajo interinstitucional (con diversos agentes intervinientes en situaciones de tentativa de suicidio). El objetivo principal es realizar el análisis de situación, la definición de estrategias, objetivos y acciones para conseguir mejoras. Este grupo crea guías y protocolos actualizados y diseñados desde un enfoque interinstitucional y transversal.
- Los puntos anteriores permiten formular las propuestas de cambio dirigidas a la Consejería de Salud y a las otras Consejerías del Gobierno de Illes Balears para una actuación transversal enmarcado dentro del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental.

Se recomienda, en consecuencia, potenciar la co-creación y la co-producción teniendo en cuenta las experiencias anteriormente comentadas y con la participación de afectados y agentes involucrados. Hay que concretar los planes y políticas de prevención del suicidio y, si bien la visión macro es necesaria, hay que considerar qué objetivos concretos se marcan (por ejemplo, la reducción de la tasa de mortalidad por suicidio) y también los indicadores de seguimiento. Entre las medidas a considerar se encuentran las siguientes:

- Crear comisiones interdepartamentales de seguimiento del suicidio (como en Cataluña); realizar acciones sinérgicas de prevención y evaluarlas conjuntamente.
- Establecer objetivos claros de reducción de la mortalidad por suicidio.
- Impulsar la detección precoz y limitar el acceso a riesgos o medios letales.
- Tener en cuenta las profesiones de riesgo (cuerpos policiales, militares, etc.).
- Promover los programas de salud mental en las empresas para prevención de suicidio “safety plan”.
- Implicar a los medios de comunicación para cambiar la percepción y el estigma del suicidio.
- Educar e informar en las escuelas para la prevención del suicidio.

6. Adecuar los espacios posibilitando una atención digna a pacientes y profesionales

En cuanto a los espacios de atención se destaca la importancia y los resultados exitosos a nivel internacional de disponer de lugares de encuentro para los jóvenes con ideas de suicidio y llevar a cabo actividades juntos. Estos lugares son bien aceptados por las personas afectadas, ya que les permite estar con personas con el mismo problema y sentirse bien acogidos y comprendidos.

Así mismo, el hospital de día es un buen lugar donde a los jóvenes se les puede acoger, atender y ellos se pueden sentir integrados.

En la atención a la persona de riesgo la pérdida de la presencialidad es peligrosa puesto que en las redes sociales los mensajes pueden ser contradictorios. La presencialidad y el acompañamiento personal son importantes en la prevención del suicidio.

7. Desarrollar cuidados afectivos en un mundo tecnológico

En la prevención del suicidio las nuevas tecnologías pueden jugar un papel destacado, de la misma forma que se incorporan en todos los campos de la vida y de nuestra sociedad.

Las TIC son una herramienta importante para empoderar a las personas y mejorar la continuidad asistencial, monitorizar, recoger síntomas o indicios y realizar el seguimiento entre visitas. Los adolescentes tienen un mejor acceso y comunicación, ya que es un medio más natural de relación para ellos.

No obstante, el uso de las nuevas tecnologías no puede sustituir a una visita presencial. Más bien las TIC se han de ver como un complemento o una ayuda, pero no como sustitutos de la atención con el profesional. Hay grandes diferencias con respecto al seguimiento a distancia de otras enfermedades crónicas (como la HTA o diabetes).

El diseño de los programas de tratamiento a distancia y mediante TICs es un factor crucial para su implantación con éxito, ya que los usuarios predominantemente jóvenes abandonan su uso si no son suficientemente dinámicos o atractivos. Otro problema común es que no todos tienen accesibilidad o son funcionales digitales y podrían necesitar la ayuda de alguien cercano para utilizarlo.

Las TICs permiten analizar las bases de datos y explorar el rastro digital en los servicios públicos, registros, el móvil, aplicaciones, etc. La incorporación de la inteligencia artificial y la automatización de los análisis de datos permitirá mejorar la predicción del riesgo de suicidio y alertar a los profesionales. Hay diversas experiencias de éxito de este tipo a nivel internacional.

La humanización es necesaria en la prevención del suicidio. El diseño de las mesas de atención de salud mental en los nuevos proyectos del 061 incorpora el contacto telefónico y la presencia de profesionales (de perfiles diferentes: enfermeras, psicólogos, psiquiatras) con experiencia y un servicio disponible las 24 h. Las personas con conducta suicida requieren un trato personal y poder hablar con profesionales expertos.

8. Normalizar socialmente la enfermedad

En nuestra sociedad el suicidio continúa siendo un tabú y está estigmatizado, a pesar de una mayor sensibilización social y conciencia en los últimos tiempos. Se ha enfatizado el bienestar físico y mental de la persona, especialmente después de la pandemia. En general, en la sociedad hay rechazo o miedo al suicidio. También muchos medios de comuni-

cación prefieren no tratarlo y así evitar un posible riesgo de propagarlo. Solo tratan el tema del suicidio cuando afecta a una persona famosa. Existe, igualmente, un rechazo social a comunicar dónde ha sucedido (p.ej el Metro).

Los profesionales de la comunicación, por lo general, no tienen formación adecuada de cómo tratarlo y de qué han de hacer en estas situaciones. El silencio y el estigma se sigue manteniendo en los medios de comunicación. No obstante, hay que entender que si no se habla del tema no se ayuda a evitarlo.

En nuestro entorno no se implementa el documento de recomendaciones de la OMS en el que se insta a informar adecuadamente del suicidio como una labor de prevención. No se habla o sólo lo mínimo indispensable del tema, aunque constituye uno de los problemas socialmente más relevantes y de las primeras causas de muerte en jóvenes. Los libros de estilo de los periódicos y de la CCMA limitan mucho el tratamiento del mismo y hacen hincapié en no difundir contenidos que contribuyan al suicidio, si bien últimamente en ellos se establecen mejor los criterios: no silenciar y evitar el sensacionalismo.

Un factor agravante es la falta de formación de periodistas y comunicadores sobre cómo tratar el tema del suicidio. Muchos tienen miedo de contribuir a que alguien que tenga ideaciones o que dé el paso. Es necesario formar específicamente a los informadores y, más allá de los documentos, han de conocer los riesgos y se les deben facilitar los conceptos y las palabras más adecuadas a utilizar.

Este hecho también es causa de la desconfianza que generan en los profesionales de la salud y las familias sobre cómo trataran la noticia. Los periodistas han de generar empatía con los supervivientes, familias, amistades, etc.. En los programas de adolescentes y otros han de saber cómo enfocar el tema y qué relación o contacto establecer en estas situaciones. El testimonio puede tener dificultades para expresarse, pero se puede reconducir bien si el comunicador tiene la formación adecuada.

El formato informativo también condiciona la calidad de la información: las noticias de 20 segundos limitan mucho la capacidad comunicativa, mientras el reportaje permite tiempo para la reflexión y permite explicar mucho mejor el tema.

Son de gran utilidad los talleres de reflexión con los comunicadores y periodistas sobre el suicidio. Éstos consultan y permiten revisar textos o noticias antes de hacerlas públicas.

Como una de las principales recomendaciones para el futuro, hay que seguir progresando en el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación de acuerdo a las indicaciones de la OMS. Aunque se ha avanzado notablemente en la desestigmatización en los últimos años, queda mucho camino por recorrer. Los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad en la normalización.

Para ello, se considera una buena iniciativa ofrecer una formación específica y preferentemente presencial a periodistas y comunicadores de entidades, corporaciones o colectivos, también a través de los colegios profesionales, para contribuir a mejorar el abordaje del suicidio, sensibilizar a la sociedad y favorecer su prevención.

9. Profesionalizar las asociaciones de pacientes

Las asociaciones juegan un papel de gran valor y, aunque parten originariamente de iniciativa de los propios familiares y supervivientes, hoy en día están profesionalizadas y ofrecen servicios de apoyo y actividades de ayuda en la atención a las familias, grupos de apoyo, ayuda al entorno, acompañamiento, etc.

El suicidio no es solo un problema sanitario, es una problemática con gran repercusión social y muy doloroso, por lo que los apoyos a las familias y a los supervivientes son muy necesarios. El rol de las asociaciones facilita la transversalidad de las acciones.

Los medios de comunicación, igualmente, han de dar apoyo a las asociaciones: deben ser capaces de comunicar bien y facilitar el cambio cultural para capacitarnos a todos para poder hablar del tema sin prejuicios. Uno de los grandes problemas en la sociedad es la comunicación y el conocimiento del tema.

Se ha avanzado mucho gracias a las asociaciones y su labor es ampliamente reconocida, pero en el futuro han de jugar un papel cada vez más relevante generando empatía y confortando a los afectados y sus familias con profesionalidad.

10. Trabajar el compromiso de los profesionales

La motivación del profesional es clave en el compromiso con su labor. Los profesionales están alineados con los objetivos y están motivados. Sin embargo, los profesionales no deben responsabilizarse ni sentirse culpables de que una persona quiera morir. Es frecuente el miedo a la responsabilidad por parte de los profesionales. No se puede abordar individualmente el problema, hay que actuar en red.

Los profesionales de la salud abordan el tema como sanitarios (Código Suicidio, detección, atención, ...). Otros aspectos no están tan contemplados por los profesionales sanitarios: la prevención o evitar los riesgos o los medios. Se ha de incluir a otros profesionales para mejorar la prevención, y es especialmente importante la intervención en el área educativa.

Las enfermeras también juegan un papel fundamental en el proceso. La enfermera es clave en los equipos de salud mental, en la intervención en el código suicidio, en el seguimiento, en las llamadas entre visitas, etc.

Se constata que ha aumentado la tasa de suicidio en Cataluña en 2020, pero con incremento de incidencia en mayores (varones de más de 70 a.) con enfermedad mental y soledad, como factores destacados. La soledad es un factor de riesgo importante. Así mismo, las estadísticas muchas veces no reflejan la realidad (por ejemplo, en caso de intoxicación medicamentosa en ocasiones no queda claro si puede tratarse de un suicidio).

La prevención del suicidio desde el punto de vista asistencial y de salud mental cada vez está más desarrollada en el ámbito de adolescentes y jóvenes. Sin embargo, la detección del riesgo de suicidio en las personas mayores es menor. El registro del código suicidio funciona bien para jóvenes, pero no para adultos, donde un 17-20% de planeación suicida no es detectada según algunos estudios. Según otro estudio en el 70% suicidios consumados en Catalunya sólo había sido visitado por el médico de cabecera en alguna ocasión y no por salud mental. Por ello, la colaboración de los médicos de cabecera en la prevención es muy necesaria.

Como recomendaciones, la mejora del compromiso de los profesionales se conseguirá incrementando la motivación y todos los factores que en ella influyen, así como los medios e instrumentos y la coordinación.

Se demuestra que lo que salva más vidas es detectar el riesgo. Sin embargo, muchas veces, aunque la persona entre en contacto con el sistema, no se detecta. Ante una persona desesperada o con dolor e ideación suicida hay que evitar o dificultar el acceso a medios letales en el momento de crisis. También dar acceso ágil a la ayuda necesaria. El acceso 24 h/365 días es fundamental para la prevención del suicidio (el 061 también ofrecerá pronto un acceso universal en Cataluña)

Se ha de buscar la persona con ideación del suicidio, pero no sólo condicionada a la salud mental. Los grupos con mayor riesgo de suicidio son: pacientes psiquiátricos, jóvenes-adolescentes y mayores. Se han de poner medidas de detección prioritarias en estos tres grupos. Hay que mejorar la detección, preguntar proactivamente en su contacto con el personal clínico por síntomas, indicios, riesgos, etc., ...

Se debe mejorar la detección y las posibilidades de atención del SEM y de la Atención Primaria que se encuentra en primera línea en los sucesos. Muchas veces actúan sin referentes o datos clínicos para consultar y también han de atender de manera simultánea emocionalmente a otras personas relacionadas.

Es necesaria la capacitación de profesionales para la detección: muchos no están capacitados para hablar de indicadores, comunicar con los pacientes o conseguir el tránsito de pacientes entre servicios.

Se debe adoptar y extender la iniciativa APS 061 para prevención del suicidio. Este se lleva a cabo con profesionales diversos y teleoperadores: se hace un seguimiento de personas con tentativas de suicidio y llamadas preventivas. Como resultado, se consigue reconducir

a pacientes que han abandonado los tratamientos, y a los que están pendientes de visita, permite saber si tiene otra crisis entre visitas, etc. Este programa es de un gran beneficio para el paciente.

Se ha de contar también con técnicos para prevención de suicidio en los centros y sistema de atención y prevención debe ser ágil, próximo, y que permita la comunicación entre los profesionales con más facilidad.

Se debe también aportar ayuda a los profesionales involucrados en la prevención y atención al suicidio. También éstos necesitan ayuda y supervisión.

Anexos

Recopilación de las ideas expresadas en el Foro agrupadas en los diez puntos del Modelo Afectivo-Efectivo

1 Empoderar a pacientes y comunidades

- Empoderar implica que las personas involucradas (afectados, familias, profesionales, educadores, sociedad en general) dispongan de conocimientos e información respecto a la problemática del suicidio y los recursos para su prevención. Falta mucha comunicación e información en un tema todavía tabú.
- ¿Por qué las personas se suicidan? Única especie animal que se suicida... pérdida de significado de la vida y desapego del grupo social, falta de vinculación y falta de sentido de la vida... Se puede incidir más cuando responde a una patología, como síntomas depresivos, enfermedad mental (esquizofrenia, depresión).
- Es una causa principal de muerte en jóvenes y tercera causa de años de vida perdidos en España.
- Causa mucho sufrimiento, es un tema socialmente muy relevante.
- Se trata de un tema de salud pública, pero también es un problema social.
- Es un gran problema de salud pública que afecta a población muy joven. También tiene un gran impacto en mayores, pero está invisibilizado.
- Principales causas: problemas mentales, factores estresantes (económicos, vitales o ahora la pandemia)
- El suicidio es prevenible: Políticas de prevención han funcionado y algunos países han conseguido reducir a la mitad la tasa de suicidio.
- Políticas a nivel internacional que han sido efectivas allí donde se han aplicado.
- Algunas Comunidades Autónomas han desplegado algunas políticas con diferente orientación: basados en el sistema sanitario, o bien visión con transversal.
- Las acciones han de ser aplicadas en todas las políticas: es necesario el enfoque desde el entorno educativo, la comunidad, etc.
- Se demuestra la utilidad de la formación en institutos, dirigido a jóvenes y personas que tratan con jóvenes. Da buen resultado de prevención.

- Es preciso intervenir para actuar en la ideación suicida, para evitar las tentativas y, en definitiva, el suicidio
- Puede ser consecuencia de depresión, ... ante ello, ... ¿qué formación tienen los padres o los profesores?...
- Se producen clústeres de suicidio: hay efecto contagio, es cierto que hablar del suicidio puede generar suicidio según como se haga, Esta demostrado. Hay que hacerlo bien.
- ¿Qué mensajes consolidan o arraigan en los adolescentes o jóvenes?, ... si no lo decimos nosotros, otros darán una información distorsionada, (dirán que es inevitable, etc.) Se crean los mitos respecto al suicidio, ...
- No todo el mundo (ni los profesionales) está al día del suicidio, ... No se trata de disponer de guías y documentos amplios, sino útiles, ... y con indicaciones de actuación precisas.
- Alejar los medios de suicidio (aislar zonas de peligro, utilizar metacrilato en zonas de suicidio... metro... evitar puntos de riesgo: es muy eficaz y se ha demostrado, ... Es eficaz alejar los medios de suicidio a los potenciales suicidas o a las personas con ideas de suicidio.
- Se pueden realizar apoyos a los centros educativos en proximidad, ayudas para superar la situación, aprendizaje, ... Se produce una mancha de aceite formativa simplemente al estar cerca, ... Disponer de persona de referencia para los centros como en IB va muy bien, ...
- El ejemplo de Baleares es muy bueno, ... pero también se tendría que comunicar las vidas que se salvan con el teléfono de la esperanza, ...
- Hay que dar recursos e información para la prevención: detectar el riesgo y canalizar hacia la ayuda (ágil y fácil).

2. Trabajar la atención personal humanizando el trato y reconociendo la dignidad de la persona

- Gran problema del estigma en la sociedad: por el vínculo a la enfermedad mental, del propio acto del suicidio, de las tentativas, de las familias de la persona que se suicida.
- La sociedad ha de ser más más acogedora, más amble. Hay que perder el miedo. Existe una actitud muy estigmatizada y muchos tabús alrededor del suicidio. Da miedo ayudar, implicarse. Da miedo mirarlo de frente.
- Los registros de mortalidad no reflejan la realidad del suicidio: las familias piden que no se registre, etc...

- ¿Cómo trabajar la sensibilización? Superar los mitos, los estigmas, trabajar el entorno de los jóvenes.
- En cuanto a la acogida, implicar a las familias muy importante en prevención de suicidio y educación de los hijos. En algunos casos de suicidio de jóvenes, los padres no sabían nada de sus hijos. No conocían por donde se movían. Hay una responsabilidad de las familias en la educación de hijos (especialmente en adolescentes) que tienen un vínculo afectivo muy importante con los padres y la familia.
- El papel del docente es limitado, ya que interactúa en un entorno determinado y con muchos alumnos a su cargo. Puede estar sobrepasado. Las familias tienen un rol relevante en la prevención.
- Fomentar la proximidad: aproximación a periodistas, a Salud Mental, a las escuelas, ... Crear una red en la sociedad, y que quede menos gente fuera, ...
- Se ha de hacer una mejor evaluación del riesgo de suicidio: romper el silencio, normalizar las razones de los diferentes casos, ... van más allá de un problema de salud.
- Se ha de poder hablar del sufrimiento emocional y dar el acompañamiento emocional necesario.
- Hay que dar a conocer los recursos que hay (desde la salud, social, otros medios...). Se hacen muchas cosas y es desconocido para muchos.
- Optimista: se ha hecho mucho al respecto, ...
- Siguiendo el paradigma de A.J. Jovell: persona que sufre, visión integradora.
- Reto importante: Se ha de producir un cambio de paradigma entorno a la persona que puede presentar conducta suicida.

3. Desarrollar una relación bidireccional médico paciente

- La acogida a la persona ha de ser más amplia: Los profesionales de la salud no pueden hacerlo todo. Hay que involucrar a todos los que puedan tener contacto con alguien con ideas suicidas.
- Es necesaria la ayuda de psicólogos, pero sobre todo hablar y enfocarlo al bienestar de las personas. Hay que evitar que sólo se trate en el ámbito de la salud mental. Es un tema que habitualmente se ha asociado a la salud mental, pero su orientación ha de ser más amplia.
- Un ejemplo real: una persona de riesgo al acudir al médico decía “No estoy loco”, ... no quería la ayuda de un psicólogo o ir a un especialista de salud mental, ... Esta persona a las 48 h moría por suicidio, ...

- No hay garantía que las personas con tentativas de suicidio acudan a la atención sanitaria prescrita. No entienden que hay un problema tanto la persona como la familia. No se puede dar continuidad de atención si no hay conciencia del problema.
- El diseño de los operativos (en el SEM todavía no de 24 h.) ha de ser muy ágil y operativo para los profesionales, si no se hará mal uso. Los criterios de actuación han de ser muy claros y simples, no se precisan grandes documentos (mejor disponer fichas simples).
- El código suicidio lleva 8 años de registros. Ha aportado mucho. Hemos de saber qué hemos aprendido, qué es mejorable, ... qué es aquello más relevante, ...

4. Trabajar la continuidad de la atención

- La prevención de suicidio es responsabilidad de todos, como ciudadanos, profesionales, padres, educadores, etc.
- No hay que afrontar el problema desde sólo un sector.
- Junto con la Conselleria d'Educació de IB se ha trabajado mucho el tema del suicidio. Se trabaja conjuntamente con los orientadores del SAD (Servei Atenció a la Diversitat), técnicos del Departamento de Bienestar Escolar. Se dispone de protocolos, guía, programa de formación que se pueden llevar a cabo desde los colegios. También desde los colegios se pueden hacer directamente derivaciones a otros recursos de atención.
- La guía es un documento técnico muy útil que especifica hasta el más mínimo detalle la detección y la derivación. No obstante, sólo la guía no basta.
- Se necesita una coordinación y un apoyo adicional a los colegios para afrontar una conducta de este tipo. El docente requiere de un apoyo adicional.
- En Baleares se cuenta con una enfermera gestora de casos, una para todas las islas, que es el pilar de apoyo para todos los centros educativos y que forma parte del programa de coordinación "educa salut mental". Actúa de puente con las familias, la comunidad educativa, sanidad, etc. Orienta y solventa inquietudes y ayuda a enfrentarse a la situación. Un aspecto importante es dar pautas de cómo actuar y hablar al alumnado del tema. Funciona muy bien y el programa está muy bien valorado.
- También recientemente en IB se ha puesto en marcha el protocolo de prevención de conducta suicida y actualmente se está evaluando su eficacia.
- El tratamiento hacia jóvenes y adolescentes con modelos como el de IB puede ser una buena solución: tratamientos de forma monográfica, a quien dirigirse, referentes, etc.... Son temas muy específicos que requieren un aprendizaje y una especialización.
- Otras Comunidades Autónomas también aplican programas específicos de prevención del suicidio adecuados.

- Los programas también tienen por objeto intentar vincular a todos los agentes involucrados, facilitar el conocimiento mutuo y reunir a todos los eslabones del proceso.
- Se trata de crear una red de colaboración para poder reconducir el problema del suicidio en nuestra sociedad.
- Actualmente existe un problema en saber a quién dirigirse cuando se detecta un riesgo: Por ejemplo, en el caso de alerta farmacológica reciente... por aumento de consumo de paracetamol en alta dosis y toxicidad en redes sociales, ¿A quien dirigirse? Se tardó 2 semanas en hacer el documento de prevención del riesgo y ahora todas las farmacias lo tienen.
- Se da un grave problema sistema cuando para la cita de la vista de seguimiento se da a los 4 meses tras la detección precoz en consulta psiquiátrica. Se produce la desvinculación del paciente, ya que el servicio está alejado de las necesidades de la persona, La persona deja de ir a la consulta y no cree en la ayuda del sistema, ...
- Los retrasos en dar hora de visita ... son un fracaso....
- La atención a la salud afectiva y efectiva es un factor importante.
- Es preciso un seguimiento proactivo en el código suicidio y disponer buena información como estrategia de prevención del suicidio. Hacer el seguimiento proactivo de los casos detectados. Damos buena información a la persona y a la familia (consentimiento informado, ...).
- El seguimiento por los profesionales es muy importante ... gran papel de los profesionales.... Pero no todo el peso recae en un colectivo o persona ...
- Hay que consolidar lo que se ha realizado ya. Se ha cuidar el acceso a los recursos y la atención: se hacen las dos cosas,
- El SEM es una puerta de entrada, pero la atención a la persona ha de ser con un seguimiento y continuidad de atención sostenidas en el tiempo,
- Es imprescindible la visión interinstitucional y transversal de todos los agentes en el proceso: Promoción, Prevención, detección, evaluación atención, seguimiento, etc.
- No se ha de perder lo que tenemos sino reforzarlo. Dar la misma importancia a un maestro, educador en la calle, psiquiatra, psicólogo, especialistas de salud mental, médico o enfermera de atención primaria en la prevención del suicidio.
- Es imprescindible “picar piedra”, realizar formación de forma directa a los agentes, de carácter transversal, desplazándose o telefónicamente en situaciones de crisis. Han de haber profesionales que se dediquen de manera exclusiva al tema de la prevención del suicidio.
- No todos los territorios tienen los mismos recursos o la facilidad de atención al suicidio.

5. Fomentar la co-creación y co-producción profesional-paciente

- Se disponen de instrumentos útiles en IB desde 2018:
- Primero con la creación del Observatorio de Suicidio y la Oficina de Salud Mental: un grupo de técnicos con experiencia asistencial dedicados de forma exclusiva al plan estratégico y a evaluar la implantación. Ello es fundamental para el cambio.
- En segundo lugar y de forma paralela, un grupo de trabajo interinstitucional (actores y agentes que intervienen en estas situaciones) ... y que han realizado el análisis de situación, la definición de estrategias, objetivos y acciones para conseguir mejoras. Se crean guías y protocolos, actualizados y adecuados al momento que vivimos, partiendo de una visión interinstitucional y transversal.
- Estos son pasos previos que se dieron para formular el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental. Concluyen con propuestas de cambio dirigidas a la Conselleria de Salud y otras propuestas para las otras Consejerías del Gobierno de IB, para una actuación transversal.
- El enfoque ha sido abordar la prevención del suicidio, superando la falta de coordinación, las duplicidades, los departamentos estancos.... con la participación interinstitucional, (entidades, centros de salud, ayuntamientos, etc.). Han sido necesarios técnicos y equipos de coordinación con dedicación a la salud mental y tiempo para desarrollar esta coordinación.
- Hay que tener en cuenta a los testimonios y a las personas que trabajan con el entorno de la persona con ideas suicidas. También están necesitados de dar opinión. Las políticas han de ser construidas con ellos, para ellos y con ellos. Se trata de un trabajo en equipo. Ellos conocen muy bien la realidad.
- La visión macro es necesaria, pero hay que considerar qué objetivos concretos se marcan: objetivos de reducción de tasas de muerte por suicidio, etc. ... y también valorar si los indicadores disponibles son los adecuados.
- Los indicadores son necesarios para hacer los cambios y seguimiento de las acciones de los programas. En estos será fundamental la detección precoz y limitar el acceso a riesgos o a medios letales.
- A tener en cuenta las profesiones con riesgo (cuerpos policiales, militares, etc.).
- El suicidio se puede prevenir y reducir su incidencia. Existen buenas experiencias de reducción de tasas de suicidio en otros países:
 - Detroit: pasó de una tasa de 80-90 a 0, mantenido 18 meses a 0. Luego ha permanecido en la media de USA.
 - En Dinamarca pasó de una tasa de 40 a la media de la U. Europea
- Las Claves de la prevención del suicidio son:

- Disponer de un plan con medidas de intervención y limitación de acceso a medios letales
- Actuación de los medios de comunicación (comunicar bien, reducir estigma, acceso a ayuda,). Efecto Papagino: informar de forma adecuada reduce la incidencia.
- Información en escuela: mejora del abordaje de los problemas, la gestión emocional (salud, escuela, tutores de aula, etc.), y el objetivo de reducir el estigma y facilitar la búsqueda de ayuda.
- Mejorar el acceso a la ayuda, la continuidad asistencial y social.
- Medida eficaz: gestionar el plan de seguridad en cada paciente (con riesgo alto). Elaboración de un plan de seguridad explícito, con puntos concretos para buscar ayuda de forma fácil, herramientas psicológicas, etc. ... Entre visitas al profesional pueden reducirse los factores protectores o aumentar los factores de riesgo y la persona puede disponer este plan de seguridad.
- Un Plan nacional de prevención del suicidio ha de contar con elementos basados en la evidencia.
- En Catalunya se ha creado como prioritaria la Comisión Interdepartamental del seguimiento de suicidio, ...
- El Código suicidio no es suficiente. El plan ha de intervenir a todos los niveles con el objetivo de reducir la mortalidad por suicidio:
 - Programas de salud mental en las empresas para prevención de suicidio “safety plan”
 - Realizar acciones sinérgicas a la vez y evaluarlas conjuntamente.
 - Disponer de indicadores y objetivos en los planes de prevención en Catalunya.
- Se requiere exigencia: objetivos claros de reducción mortalidad por suicidio, como en la reducción de accidentes de tráfico (que ha sido eficaz, ...se ha reducido un 75% la mortalidad con la prevención en tráfico, aplicando medidas específicas)
- No hemos reducido nada la tasa de suicidio (el objetivo último ha de ser 0 suicidios)
- No hemos de tener autocomplacencia: se ha puesto en marcha código suicidio, más oportunidades de atención - 80-90% de personas de riesgo con visitas con especialistas - No obstante, se mantienen las mismas cifras de suicidio que antes de poner en marcha el código.
- Hay un incremento de suicido... y queda mucho por hacer...
- La principal barrera es el gran desconocimiento social. No hay que considerarlo exclusivamente un problema de salud mental, ... no se puede resolver desde los servicios de salud, ...es un problema más global. Los medios de comunicación son un agente importante y han de ayudar a cambiar la percepción. También la información en escuela es fundamental.

6. Adecuar los espacios posibilitando una atención digna a pacientes y profesionales

- En Dinamarca ha tenido éxito en la reducción de tasa de suicidio la creación de algo parecido a “Casas del suicidio” ... lugares donde podían ir los jóvenes con ideas de suicidio... y hacer actividades juntos.
- En Australia los jóvenes con ideas de suicidio pueden pasar el tiempo libre en un lugar específico para ellos.
- Han de ser lugares donde se sientan bien acogidos, comprendidos, etc. Estos espacios son muy favorables y son bien aceptados por las personas afectadas, ya que están con personas con el mismo problema.
- La pérdida de presencialidad es peligrosa: en el hospital de día les podemos acoger y que se sientan integrados...
- Las redes sociales son peligrosas, ya que hay mensajes contradictorios. Es mejor la presencialidad y el acompañamiento personal.

7. Desarrollar cuidados afectivos en un mundo tecnológico

- Dado que el psicólogo no nos puede ver en 4 meses ... ¿pueden ayudar las nuevas tecnologías?
- Primeras visitas después del Código suicidio son rápidas, pero luego después de semanas de no ver al profesional hay un vacío muy importante. El calor inicial luego se va. El psicólogo de referencia le visita en dos meses, es demasiado.
- El uso de las nuevas tecnologías no puede sustituir a una visita presencial
- La utilización de las TIC y la tecnología se han de ver como un complemento o una ayuda, pero no como sustitutos de la atención con el profesional.
- Los “avatares” no harán de psiquiatra: se necesita el contacto personal con terapeuta o psiquiatra, ...
- Las TICs permiten un mayor acceso a los tratamientos y al seguimiento por los gestores de las App y webs para recoger síntomas, indicios, etc.
- Hay diferencias con otras enfermedades crónicas (como HTA, diabetes, etc.) para un seguimiento a distancia.
- Además, es preciso de que se disponga de una persona cercana al paciente para ayudarle con las nuevas tecnologías. No pueden utilizarlas siempre, por no ser funcionales o por la operativa.

- En determinadas poblaciones y para determinados propósitos las nuevas herramientas son de utilidad.
- ¿Qué pasa con las pantallas y la comunicación verbal y no verbal? Mejor acceso y comunicación desde las pantallas con los adolescentes, ...ya que es un medio natural para ellos.
- En inicio pandemia parecía un gran cambio y que todo iba a ser no presencial, ...
- Humanización necesaria de la prevención del suicidio y la atención
- Necesidad de la presencialidad... No obstante, las nuevas tecnologías tienen su espacio... Se ha de considerar las TICs y la humanización de la atención con la tecnología.
- Se disponen de sistemas a distancia: El primer módulo de intervención tratamiento de conducta suicida está bien aceptado, es más activo y lo siguen; pero luego se aburren (saltan de página) y no tienen continuidad.
- Los nuevos proyectos del 061: contacto telefónico diseño en mesas de salud mental (enfermeras, psicólogos, psiquiatras), presencialidad personas 24 h. con experiencia ... Es lo que quieren las personas con conducta suicida: el trato personal y poder hablar, ...
- Para estos pacientes la presencialidad y el contacto con profesionales expertos es importante.
- Las TIC permiten hacer un análisis de las bases de datos
- El rastro digital en los servicios públicos, registros, el móvil, app,... datos y análisis automático mediante inteligencia artificial, Predicción de riesgo de suicidio, da una información a los profesionales para tener en cuenta. Experiencias con éxito en otros países.
- TIC: Herramienta importante para empoderar a las personas y mejorar la continuidad asistencial, monitorización hay seguimiento entre visitas, cambios en situación de riesgo, gestores de casos.

8. Normalizar socialmente la enfermedad

- La sensibilización ¿, se puede hacer mejor?, ¿cómo se puede trabajar junto a los medios de comunicación? ¿Pueden hacer pedagogía?
- ¿Qué podemos hacer mejor para comunicar necesidades, hacer más comprensible, hacer pedagogía, sensibilización, campañas?
- Es un tema tabú en los medios. Muchos prefieren no tocarlo y evitar el riesgo de propagarlo. Solo lo tratan cuando afecta a una persona famosa.

- En la sociedad en general hay rechazo al tema del suicidio, ... Por ejemplo, ha escrito un libro, pero la gente no quiere saber, da rechazo, se tapa, ...
- Interés del suicidio en medios de comunicación. Después de la pandemia son más conscientes. El bienestar mental es tan vulnerable como el físico.
- No está todavía superado el tema del tabú, ...
- En la pandemia se ha tratado más el suicidio en TV y radio. Los profesionales de la comunicación no tienen formación adecuada de cómo tratarlo y de qué han de hacer en estas situaciones.
- En general, en los medios de comunicación no se entiende cómo encajar el tema del suicidio, ... Son temas lejanos, ... El silencio y el estigma se sigue manteniendo, ... Hay que entender que si no se habla no ayudas a evitarlo, ...
- No se puede hablar porque el efecto imitación prevalece, ...
- No se implementa el documento de recomendaciones de la OMS
- En los libros de estilo de la CCMA sólo tres párrafos hacen mención del tratamiento del suicidio y indica que sólo se divulgue o mencione cuando tiene repercusión social, cuando está confirmado y que no se difundan contenidos que contribuyan al suicidio.
- El libro de estilo de El País recomienda no hablar del suicidio salvo que sea persona relevante. Es una de las primeras causas de muerte en jóvenes, pero no se puede hablar.
- Se viene de no hablar o lo mínimo posible a un cambio en las nuevas indicaciones (libros de estilo de El País o El Mundo): no silenciar, pero al mismo tiempo evitar sensacionalismo, ... Los criterios están mejor establecidos.
- No obstante, falta formación a los periodistas y comunicadores de cómo tratar el tema del suicidio. Los comunicadores tratan temas generales, pero no saben cómo abordar ni que actitud adoptar ante el suicidio. Se necesita formar específicamente a los informadores.
- Los profesionales de la comunicación no acuden al libro de estilo. Falta formación y madurez de los comunicadores... Muchos tienen miedo de contribuir a que alguien que tenga ideaciones dé el paso. Los documentos son insuficientes, ... Encontrar la manera de facilitar las ideas, las palabras a utilizar (no utilizar anglicismos -cometer suicidio- que denota culpabilidad), conocer los riesgos, etc.
- En general, los profesionales de la salud y las familias desconfían de los comunicadores, de cómo trataran la noticia. Han de saber cómo generar empatía (con los supervivientes, familias, amistades, etc.). En los programas de adolescentes y otros han de saber cómo enfocar el tema y qué relación y contacto establecer en estas situaciones.

El testimonio tiene dificultades para expresarse, pero se puede reconducir bien si el comunicador tiene la formación adecuada.

- Sin embargo, tener que colocar noticias en 20 segundos limita mucho la capacidad comunicativa. El reportaje permite tiempo para pensar y explica mejor el tema. Intervienen diferentes personas, visiones, etc. En los noticiarios no hay tiempo, las decisiones son rápidas, ... Se ha de saber o dominar el medio y el tema, ...
- Ahora se trata más el tema del suicidio en los medios de comunicación. Muchas veces enfocado como como bienestar emocional, salud mental, ... pero hay más aproximaciones humanas, ...
- Existe también un rechazo a comunicar dónde ha sucedido. Socialmente no está aceptado y genera mucho rechazo (ej. suicidio en metro, etc.)
- Según la OMS los medios de comunicación tienen un papel esencial en la prevención si dan bien la información.
- A los profesionales de comunicación de la Corporació Catalana Mitjans Audiovisuals (CCMA) se les podría ofrecer formación de cómo tratar el tema del suicidio. Unas sesiones presenciales con ellos pueden ser más útiles que un documento.
- También el Colegio de Periodistas puede realizar iniciativas para mejorar la comunicación del tema del suicidio.
- El tema de la violencia machista y el suicidio es un tema interesante y que no se aborda bien, ... No se puede comprender (problema mental, etc.). ¿cómo enfocarlo, ... que actitud o relación emocional (enfermo mental, maldad, premeditación, ...)?
- Violencia de género: cuando se ejerce violencia de género, y se produce el suicidio de la persona que ha ejercido la violencia, ... El suicidio queda criminalizado. Es un contexto diferente. Esta variable de darse muerte después de matar a otra distorsiona el concepto.
- Los talleres de reflexión con los comunicadores, periodistas, sobre el tema funcionan: periodistas que llaman o permiten revisar textos antes de publicarlos, noticias preventivas, etc. Otros periodistas todavía no lo han entendido, ...
- Las recomendaciones están ahora más afinadas, pero no se cumplen. Activamente hay un rechazo a hablar de ello. Si puedo lo callo, ...
- Visión evolutivo positiva: Antes los suicidas no se enterraban en tierra sagrada y no se registraba. El Código suicidio ha permitido registrar, conocer mejor, concienciar, ... En 25 años la evolución es positiva.
- Pecamos de pesimistas, pero se han hecho muchas cosas en realidad.

- Ahora los periodistas están más cercanos, hablan de tema, antes era imposible.
- Antes al escribir la palabra suicidio en los buscadores de la web daba como resultado ... la mejor forma de suicidarse, ... Ahora en la web aparecen teléfonos de ayuda, recursos de ayuda, etc... Ha cambiado totalmente la situación.
- Anteriormente no dejaban poner anuncios contra la depresión y ahora el teléfono de prevención conducta suicidio está en el metro, ... Se han ampliado las estrategias de prevención.
- Se ha avanzado en la desestigmatización, pero hay que continuar. Los medios de comunicación tienen responsabilidad en la normalización. Se ha de conseguir fluidez en la comunicación y conversaciones con los comunicadores... Hay que avanzar hacia el cambio, ...

9. Profesionalizar las asociaciones de pacientes

- El impulso de las asociaciones muy importante: atención a las familias, grupos de apoyo, ayuda al entorno, acompañamiento, etc.
- Papel importante para avanzar de forma transversal
- Los apoyos a las familias y a los supervivientes son muy necesarios.
- No es solo un problema sanitario, es compartida por la sociedad. Es muy doloroso socialmente, ... Es el gran motivador para disminuir la muerte por suicidio.
- Los medios de comunicación han de ser dar apoyo a las asociaciones. Han de ser capaces de comunicar bien y facilitar el cambio cultural para capacitarnos a todos para poder hablar del tema sin prejuicios, ... El problema es la comunicación.
- Queda mucho por hacer, pero se han hecho muchas cosas Mucho camino por recorrer, ... transversalidad.

10. trabajar el compromiso de los profesionales

- Los profesionales no debemos responsabilizarnos ni sentirnos culpables de que una persona quiera morir, ...
- Los profesionales están alineados, tienen pasión y motivación.
- Problema sanitario, pero no solo sanitario.
- Se ha de incluir a otros profesionales para mejorar la prevención No podemos hacerlo todo desde la sanidad. Son muy importantes las intervenciones en el entorno educativo.

- Los profesionales de la salud lo abordamos como sanitarios (código suicidio, detección, atención, ...). Otros aspectos no están tan contemplados, como la prevención o evitar el riesgo.
- Visión de salud pública (salud en todas las políticas): es fácil decirlo pero no hacerlo, ... ¿cómo enfocarlo?
- Se habla mucho de la prevención del suicidio desde el punto de vista asistencial y de salud mental. Cada vez está más desarrollada en el ámbito de adolescentes y jóvenes.
- Sin embargo, la detección del suicidio fuera de estos ámbitos, es más problemática y está menos desarrollada: las personas mayores tienen más medios a su alcance- uso de medicación y facilidad de sobremedicación-. Es muy accesible y difícil de demostrar....
- El 17-20 % de planeación suicida en adultos no es detectada. No son problemas vinculados a la salud mental y necesitamos más rutas para detectarlo, ... Es necesario mejorar la comunicación y evitar el tabú social.
- Registro código suicidio: funciona en el 90 % de los casos en jóvenes.
- Hay un grupo de personas que se suicida, que son mayores, y que no los ha visto salud mental. Solo han sido atendidos en Atención Primaria, En un estudio el 70% suicidios consumados en Catalunya, ... sólo los había visto el médico de cabecera. Hay necesidad de colaboración de los médicos de cabecera en la prevención.
- Se ha de buscar la ideación del suicidio no sólo condicionada a la salud mental. Los grupos con mayor riesgo son: pacientes psiquiátricos, jóvenes-adolescente, gente mayor. Se han de poner medidas de detección prioritarias en estos tres grupos. Hay que mejorar la detección, preguntar por el síntoma, etc. ...
- El SEM y la Atención Primaria están en primera línea de atención al suicidio: Se encuentran en primera línea, pero muchas veces se encuentran solos y no tienen referentes para la persona suicida (personales, familiares o profesionales de referencia). Han de atender en la situación también a las otras personas que no tienen afectación física.
- Se ven a los consumados y a los no consumados, Las estadísticas muchas veces no reflejan la realidad. Por ejemplo, las intoxicaciones medicamentosas, ... No queda claro a veces si es un suicidio.
- El Metro es la principal vía de suicidio en Barcelona.
- Ha aumentado el suicidio en Catalunya en 2020, pero en mayores (varones de más de 70 a) con enfermedad mental y soledad, como factores destacados. La soledad es un factor muy importante.

- Lo que salva vidas es detectar. Sin embargo, muchas veces, aunque la persona entre en contacto con el sistema no se detecta. Ante una persona desesperada o con dolor e ideación suicida hay que evitar o dificultar el acceso a medios letales en el momento de crisis. También dar acceso ágil a la ayuda necesaria. El acceso 24 h/365 días es importante. El 061 ofrecerá pronto un acceso universal, ...
- No recae en sistema de salud mental o AP... es un problema de toda la sociedad, con acciones sostenibles en el tiempo y no solo el efecto de una campaña.
- Las enfermeras también juegan un papel fundamental en el proceso.
- En código suicidio, se formaron a todas las enfermeras. La enfermera es clave en los equipos de salud mental, la intervención en el código suicidio, en el seguimiento, en las llamadas entre visitas, etc.
- Capacitación de profesionales para la detección.: muchos no están capacitados para hablar de indicadores o comunicar con los pacientes o conseguir el tránsito de pacientes entre servicios, etc.
- Existe miedo a la responsabilidad por parte de los profesionales. No actúan por miedo o por la responsabilidad sobre la vida de otros, ... Todos tenemos nuestras competencias.
- Hay que entender que “no somos responsables de la vida de nadie”. Entre todos sí pero no individualmente. Un médico, un docente, un familiar solo no puede abordar el tema....
- Se ha de trabajar la red y tener en cuenta los diferentes eslabones de la cadena.
- El 061: admiración, héroes, pieza importantísima... están muy solos.
- Aprendizaje: Código suicidio y 061- importantísimo. Junto con AP punto de entrada de tentativa suicida, ...
- Iniciativa APS 061: prevención suicidio... muchos profesionales, teleoperadores muy interesados: se hace un seguimiento de personas con tentativas de suicidio, llamadas preventivas que se agradecen mucho, ... “cómo estás, qué pasó”, ... Permite repescar pacientes que han abandonado los tratamientos, a los que están pendientes de visita, permite saber si tiene otra crisis entre visitas, etc... Es un gran beneficio para el paciente.
- Los profesionales también necesitan ayuda y supervisión. Deben volcar lo que viven, ...
- Se ha de contar con técnicos para prevención de suicidio en los centros.
- El sistema de atención y prevención debe ser ágil, próximo, y que permita comunicar entre los profesionales con más normalidad.

Bibliografía

1. Blázquez Manzano A., Feu Molina S., Ruíz Muñoz E., Gutiérrez Caballero JM. Importance of interpersonal communication in doctor-patient relationship in primary care. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2012; 3(1), 62-76.
2. Clegg A. Advanced nursing practice in intermediate care. *Nursing Standard* 2001; 15(30). 33-35
3. Cofreces P., Ofman D., Dorina S. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. 2014; 4, 19-34.
4. Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social Stigma. Citado en: D.T. Gilbert, S.T Fiske y G. Lindzey (Eds.): *The Handbook of social psychology* (4ª edición, pp. 504- 553). New York: McGraw-Hill.
5. Fong J., Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 2010; 10(1), 38-43.
6. González Linares R., Aramburu I., Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Osakidetza. *Revisión Calidad Asistencial* 2002; 17(4): 232-6.
7. González Mestre, A. Programa Paciente Experto Catalunya: una estrategia para potenciar la autorresponsabilidad del paciente y el fomento del autocuidado. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
8. <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/PROGRAMA+PACIENTE+EXPERTO+CATALUNYA+CAST+DEF+abr+2013.pdf/05dbc6fe-bd1d-9824-a954-6ae6a950e153>
9. Leyva Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. *Rol de Enfermería* 2008; 31 (4): 259-64.
10. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2006. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0246.pdf>
11. Teixidor M. La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer. *El Alzheimer: un reto para la Enfermería*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2005:63-86.
12. Torres Pérez L. Gestión de la información en el servicio de cuidados críticos y urgencias: hacia un modelo de gestión de casos. *Tempus Vitalis* 2005; 5(1).

13. Sergio A. Pérez Barrero Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 386–394, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Colombia.
14. OMS Prevención del suicidio: Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. 2000
15. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta. Suicida. Pág. 319. 2012. España
16. Edward Dunne, John McIntosh, y Karen Dunne – Maxim. Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors. (El suicidio y sus secuelas: comprender y asesorar a los sobrevivientes). W.W. Norton y Compañía. 1987. EEUU
17. Ringel (citado por De Leo D), De Leo D. Why are not getting any closer to preventing suicide? Br J Psychiatry. 2002. UK.
18. E. Stengel Psicología del suicidio y de los intentos suicidas. Horme ediciones. 1987.
19. S.A. Pérez Barrero El suicidio, comportamiento y prevención. Ed. Oriente. 1996. Santiago de Cuba.
20. OMS. Prevenir el suicidio: un imperativo legal. 2014
21. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
22. <http://blogs.duelia.org/el-duelo-por-suicidio/2015/01/19/los-mitos-y-las-creencias-equivocadas-al-respectodel-suicidio-i/>
23. <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>



FOROS IUP

ATENCIÓN AFECTIVA Y EFECTIVA

Campus Sant Cugat
Josep Trueta, s/n
08195 Sant Cugat del Vallès
Tel. +34 935 042 000
a/e iupacientes@uic.es
www.uic.es/es/instituto-universitario-pacientes

UIC
barcelona
**Instituto Universitario
de Pacientes**

UIC
barcelona
**Cátedra de Gestión Sanitaria
y Políticas de Salud**