uic barcelona
Instituto Universitario de Pacientes

JORNADA
Depresión mayor y suicidio

FOROS IUP

ATENCIÓN AFECTIVA Y EFECTIVA

7 de mayo de 2025

Con el patrocinio de:

Johnson&Johnson

Índice

Justificación y objetivo de la Jornada 5

Entidad organizadora 7

Participantes 9

Metodología 11

Discusión 13

Conclusiones 19

Referencias 21

Justificación y objetivo de la Jornada

En los diferentes Foros y Jornadas realizados en los últimos años en el Instituto Universitario de Pacientes y en su Aula de Innovación y Políticas Sanitarias en relación a la Salud Mental en general y al suicidio y a la conducta suicida en particular, aparece su estrecha relación con comorbilidades y factores determinantes.

Esas comorbilidades van desde patologías como la depresión a patologías neurológicas comunes con sintomatología invalidante.

Las políticas en relación a la prevención, así como la innovación en el tratamiento de esas determinadas patologías asociadas al suicidio, parecen tener su efecto positivo. La cifra de suicidios en España se ha reducido en todos los grupos de edad en el primer semestre de 2024, según el INE y su estadística de Defunciones según Causa de Muerte, publicada en diciembre del mismo año. En Cataluña se observa un descenso del 2%, siendo el descenso más acusado en la población femenina, que es del 20 %.

La Jornada persigue valorar el papel en esa reducción del progreso en la atención de las comorbilidades, especialmente de la depresión, y de la innovación en su abordaje. con la visión de responsables sanitarios, de profesionales sanitarios expertos, de las asociaciones de supervivientes y de familias, así como de comunicadores.

Entidad organizadora

El Instituto Universitario de Pacientes, promovido por la UIC en el año 2013, tiene como finalidad social promover una atención a las personas que enferman accesible y equitativa, basada en la evidencia científica y que tenga en cuenta la dimensión de la dignidad y de la humanidad del paciente y de su entorno.

Para alcanzar esa finalidad, el Instituto, en su marco universitario, realiza estudios, análisis, foros y seminarios para generar el conocimiento necesario que, debidamente aplicado en las oportunas acciones como la docencia y las publicaciones, contribuya a la mejor atención posible centrada en la persona y su dimensión humana.

El Instituto cuenta para la realización de sus actividades con el Aula Johnson & Johnson de Innovación en Políticas Sanitarias, ámbito en que se promueve esta Jornada. El Aula Johnson & Johnson 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 tecnológicas y terapéuticas.

Los estudios y análisis, que se plasman en los oportunos documentos, tienen una metodología basada en *paper review*, grupos focales*, Transparent Expert Consultation* o estudio Delphi.

La traslación del conocimiento generado se realiza en cinco grandes ámbitos:

- Realización y participación en Jornadas y Foros relacionados con los aspectos de la humanización y de la atención centrada en la persona, en general, y con relación a enfermedades concretas.
- Puesta en consideración de las instituciones y administraciones públicas.
- Reconocimiento de las buenas prácticas
- Publicaciones
- Docencia.

Participantes

BIENVENIDA | Boi Ruiz. Director del Instituto Universitario de Pacientes.

PROYECCIÓN DEL TRÁILER DEL DOCUMENTAL "*LA XARXA INVISIBLE*"

CONFERENCIA INAUGURAL | Jordi Blanch. Jefe de servicio del Hospital Santa Maria de Lleida y psiquiatra del Hospital Clínic de Barcelona.

MESA REDONDA 1: Depresión mayor, comorbilidades y suicidio.

Moderador: Andrés Cuartero. Jefe de Psicólogos del Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya (SEM).

Isabel Amo. Doctora en Psicología. Coordinadora de proyectos Instituto Universitario de Pacientes UIC Barcelona.

Cecilia Borrás. Presidenta Després del Suïcidi

Salvatore Aguilar. Coordinador de la Unidad de Agudos, Subagudos, Hospitalización Parcial Urgencias Psiquiátricas, Interconsulta y TEC. Hospital Parc Sanitari Salut Mental Sant Joan de Déu.

MESA REDONDA 2: Depresión mayor. Innovación terapéutica

Moderador: Andoni Ansean. Presidente de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio y de la Sociedad Española de Suicidología.

Verónica Gálvez. Psiquiatra Servicio de Salud Mental Adultos del Parc Taulí Hospital Universitario (CSMA). Coordinadora de la Unidad Esketamina Parc Taulí e investigadora I3PT.

Maria Assumpció Lailla. Enfermera. Concejala del Ayuntamiento de Barcelona.

Carme Llanes. Voluntària del Programa Ments Despertes del Grup SOM VIA per a la promoció i prevenció en salut mental.

Silvia G. Márquez. Responsable de l'Àrea de Programes del Grup SOM VIA

CONCLUSIONES | Ricardo Aparicio. Periodista. Comunicador de salud.

CIERRE | Gloria Gálvez. Secretaria de Atención Sanitaria y Participación. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Metodología

La Jornada se desarrolla de forma presencial y en *streaming*, abierta a todos los interesados en la temática.

Se articula a través de una conferencia inaugural y dos mesas redondas focalizadas en:

Mesa redonda 1: Depresión mayor, comorbilidades y suicidio.

Mesa redonda 2: Depresión mayor. Innovación terapéutica.

En el transcurso de las mesas redondas se recogen las aportaciones, análisis y puntos de vista de los participantes en diversos turnos de palabra dirigidos por los moderadores.

La Jornada se cierra con unas breves conclusiones preliminares y una clausura.

Los principales temas tratados en las mesas redondas de la Jornada se recogen y se presentan en el apartado Discusión de este documento. De estas aportaciones, se extraen las principales conclusiones y elementos de mejora, que se incluyen en el apartado correspondiente.

Discusión

A continuación, se desarrollan las principales aportaciones realizadas a lo largo de la Jornada, sobre la depresión mayor y su relación con el suicidio, las comorbilidades de la depresión y las distintas innovaciones terapéuticas en este campo.

En la conferencia inaugural se describe, en primer lugar, **la etiopatogenia de la depresión** y cómo han ido evolucionando las distintas hipótesis sobre sus causas a lo largo de las últimas décadas. A continuación, se aportan una serie de **datos epidemiológicos** procedentes de dos fuentes principales: la Encuesta Europea de Salud de España del año 2020 y un estudio realizado en el año 2000 a partir de entrevistas psiquiátricas.

Entre estas cifras, cabe señalar que el último estudio citado indicaba que el 48% de las personas con sintomatología depresiva no estaban vinculadas a ningún servicio de salud mental.

Aunque esta situación ha mejorado substancialmente en los últimos años, siguen existiendo **retos** importantes en este campo, como son el déficit de profesionales de psiquiatría y psicología, la sobrecarga de los profesionales o la necesidad de mejorar la integración de las redes asistenciales de atención a la salud mental y a las adicciones, que tienen un importante nivel de complejidad.

Se considera también esencial mejorar la eficacia de los recursos existentes (más que incrementar los propios recursos), avanzar en la coordinación asistencial (entre otros motivos por la alta prevalencia de patología dual) y priorizar la operativización por encima de la planificación.

Igualmente, es importante realizar estudios epidemiológicos para poder dimensionar correctamente los recursos, introducir nuevas tecnologías, avanzar en la formación de profesionales de otras disciplinas (enfermeras, trabajadores sociales...) y empoderar a la atención primaria para abordar mejor las patologías de salud mental.

Mesa redonda 1: Depresión mayor, comorbilidades y suicidio.

En la primera mesa redonda se realiza, en primer lugar, una valoración de los datos de prevalencia de la depresión mayor, especialmente entre **las personas mayores.** Se apunta que en el rango de edad de personas mayores de 65 años se ha producido en los últimos 5 años un incremento del 8,8% en los casos de suicido. Factores como la soledad no deseada, la pérdida de capacidad física, la disminución del nivel socioeconómico o el sentimiento de pérdida del sentido de la vida (por una asociación unívoca entre la propia vida y la

vida laboral) están relacionados con estas cifras. Asimismo, es importante tener en cuenta la discriminación que supone el edadismo, que se manifiesta, por ejemplo, en la necesidad de tener habilidades digitales para realizar gestiones elementales del día a día. Este es un factor de exclusión que no se valora suficientemente.

Se reitera también la necesidad de capacitar mejor a los recursos asistenciales más accesibles, como son la atención primaria o la farmacia comunitaria, para poder abordar, en primera instancia, los problemas de salud mental.

Asimismo, es importante seguir avanzando en **la lucha contra el estigma,** que aún perdura, tanto en los medios de comunicación como entre los profesionales sanitarios. Incluso los propios pacientes se autoestigmatizan, hecho que contribuye a retrasar su acceso a la atención.

Se señala el valor de **la inserción laboral** como elemento clave en la recuperación de los pacientes, ya que genera autoestima y seguridad. En este sentido, sería importante avanzar en la búsqueda de fórmulas que favorecieran la inclusión de estas personas en el mercado laboral.

Se aborda asimismo **la relación entre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y la depresión mayor**. Ambas patologías tienen síntomas comunes y diversos estudios indican que la comorbilidad se sitúa entre el 40 y el 80%. El tratamiento psicológico del TLP pasa fundamentalmente por mejorar las habilidades para hacer frente a la enfermedad y gestionar mejor las relaciones interpersonales, afrontando la resolución de las situaciones de la vida desde una perspectiva más alejada de las emociones.

A continuación, se señalan algunas líneas de avance para mejorar **la prevención del suicidio,** desde la perspectiva del conocimiento de algunos casos particulares. En este sentido, se considera que hasta ahora se ha evitado, por parte de los mismos profesionales, preguntar y hablar sobre el suicidio con los pacientes afectados por depresión mayor. Se considera que intentar evitar la existencia de esta realidad y de los riesgos del suicidio, con los pacientes y con las familias, no ayuda a prevenirlo.

Desde una perspectiva preventiva, se considera esencial conocer los detalles de la esfera de las personas en situación de riesgo, como pueden ser las personas afectadas de depresión mayor, para poder detectar los riesgos de conducta suicida. También hay que tener en cuenta otros factores asociados, como el consumo de alcohol.

Para abordar el suicidio hay que tener en cuenta igualmente que las personas que experimentan ideación y conducta suicida no tienen como objetivo fundamental acabar con su vida sino acabar con su sufrimiento. Por lo tanto, hay que conocer y actuar sobre los factores que generan este sufrimiento: la pérdida de sentido de la vida, la fractura identitaria, el vacío existencial, el déficit de estima ontológica...

Asimismo, para mejorar la prevención, es esencial la formación de las personas. Formar a los más jóvenes en el conocimiento de su propia mente, en la importancia de los estilos de vida y en el conocimiento de en qué momento puede ser necesaria la intervención profesional, es fundamental en la prevención y el tratamiento precoz de los problemas de salud mental.

Seguidamente, en la mesa redonda, se trata sobre **el abordaje de la depresión,** que debe hacerse teniendo en cuenta un modelo biopsicosocial, en el que se valoran todos los elementos asociados, como son la edad, la severidad, los síntomas... pero también las circunstancias de cada paciente. Deben tenerse en cuenta los factores físicos, psicológicos y sociales de cada paciente.

En este sentido, se señala que la depresión mayor es una enfermedad sistémica muy heterogénea, con más de 60 formas de combinación de los distintos síntomas, con distintas jerarquías entre ellos y con diversa intensidad en la psicopatología.

Esto hace necesaria una atención muy personalizada para alcanzar un diagnóstico adecuado que tenga en cuenta en cada caso el peso de las distintas dimensiones (biológica, psicológica y social). Los tratamientos son asimismo muy diversos, desde los primeros antidepresivos existentes desde los años 50 del pasado siglo hasta los nuevos fármacos de acción rápida, pasando por la estimulación magnética, etc.

A continuación, se hace una **revisión de las comorbilidades asociadas a la depresión.** Estas comorbilidades, físicas o mentales, pueden complicar el tratamiento, disminuir las tasas de recuperación, favorecer las recaídas e incrementar los riesgos de cronificación.

Entre las principales comorbilidades asociadas a la depresión se encuentran las enfermedades osteoarticulares, las gastrointestinales y las genitourinarias. Otras patologías concomitantes son el síndrome metabólico (obesidad, diabetes mellitus, colesterol...) u otras patologías psiquiátricas como los trastornos por ansiedad, pánico y fobias, TOC o TLP.

Se señala la necesidad de avanzar en **la prevención primaria y la prevención secundaria** de la depresión mayor a través de la educación a la población (especialmente la más frágil) para poder identificar síntomas precozmente y favorecer estilos de vida saludables. Es muy importante ir más allá del tratamiento farmacológico.

Por último, se analizan los peligros de **las redes sociales** desde el punto de vista de la disociación que generan entre la realidad auténtica y la que proyectan las redes. Las redes pueden tener un efecto en las personas desde el punto de vista identitario y generar expectativas de vida sesgadas que conducen a la frustración.

Mesa redonda 2: Depresión mayor. Innovación terapéutica.

Para iniciar la segunda mesa redonda se reitera la necesidad de mejorar los datos existentes sobre morbimortalidad del suicidio.

A continuación, las aportaciones se centran en **las distintas posibilidades de tratamiento** y abordaje de la depresión mayor, desde el tratamiento farmacológico a la psicoterapia, pasando por las distintas modalidades de apoyo a los pacientes.

En este sentido, se ponen en valor **iniciativas que llevan a cabo asociaciones**, como el *peer to peer,* que permite acompañar al paciente desde una perspectiva de igual a igual y desde la experiencia y el conocimiento de quien padece o ha padecido la enfermedad, sus síntomas y sus distintas implicaciones.

Existen igualmente otras modalidades de apoyo como los grupos de ayuda mutua, programas formativos y divulgativos como *Ments despertes* en Cataluña, iniciativas de promoción de bienestar emocional... que forman parte de la innovación desde el punto de vista de la acción comunitaria.

Por lo que se refiere al tratamiento específico de la depresión mayor, se señala que no ha sido un campo ni una enfermedad donde se haya focalizado especialmente la innovación terapéutica.

Durante años la innovación se ha centrado en el grupo de fármacos con estructura de monoamina, que requieren un período relativamente largo (4-6 semanas) para alcanzar efectos, cuando en determinados casos es esencial obtener una respuesta rápida.

Otro tratamiento utilizado es **la terapia electroconvulsiva (TEC)**, que es una terapia eficaz y segura en casos de depresión grave, pero que en España se utiliza menos que en otros países, posiblemente por la reactividad de los pacientes a causa de sus efectos secundarios de tipo cognitivo.

En el año 2022 se introdujo un fármaco innovador en la depresión, **la esketamina,** que se caracteriza por su efecto rápido y su capacidad de estimular la plasticidad neuronal, generando nuevas conexiones neuronales, que revierten las afectaciones que la depresión produce en las neuronas.

Se señalan las potencialidades de este tratamiento, que ya se está aplicando en Cataluña y en el conjunto de España, en pacientes con depresión resistente, cuyos tratamientos previos con otros antidepresivos convencionales no han surtido efecto. En este sentido, se apunta que un tratamiento más precoz con esketamina podría mejorar los resultados obtenidos hasta el momento.

Más allá de los avances terapéuticos, se debate también en la mesa redonda sobre la necesidad de **priorizar las políticas de salud mental** en general, y aquéllas centradas en la depresión y el suicidio en particular.

En este sentido, se reclama la necesidad de invertir en políticas de prevención y de promoción de la salud, lo que con frecuencia es difícil porque los presupuestos públicos se diseñan con una perspectiva a corto plazo. Esto impide considerar y evaluar los beneficios obtenidos a largo plazo por estas políticas.

En la misma línea, se señala que determinadas decisiones relacionadas con el acceso a los tratamientos también están condicionadas por la necesidad de contención del gasto a corto plazo.

Se destaca asimismo la importancia del **entorno social** en estas patologías y se valoran las iniciativas procedentes del tercer sector, que difícilmente son evaluadas ni reconocidas mediante contraprestación.

La escucha activa, la incorporación de la experiencia de paciente y la mejora de la participación de pacientes y familiares en el diseño de las políticas de salud son también líneas de avance significativas.

Finalmente, se destaca la necesidad de innovar también en **la gestión y la organización** del sistema y de los recursos asistenciales. Este tipo de innovación es también esencial puesto que tiene impacto en la reducción de los tiempos de espera, favorece la coordinación entre recursos (básicamente atención primaria y salud mental), mejora la integración de las redes asistenciales y reduce las desigualdades territoriales.

Conclusiones

- Es fundamental **avanzar en la integración de las redes** de salud mental y adicciones para mejorar el abordaje global de estos problemas de salud.
- Debe apostarse por **la implantación de medidas** efectivas para el abordaje de la depresión mayor y el suicidio, más que profundizar en la planificación, campo en el que se ha realizado ya un trabajo sólido.
- Debe afrontarse el reto de la falta de profesionales del ámbito de la salud mental, su sobrecarga y su *burnout*. En este sentido, es importante **avanzar en la formación en salud mental de otros profesionales y capacitar a los recursos de atención primaria y farmacia comunitaria** para detectar y abordar estos problemas de salud.
- Es importante mejorar el conocimiento de la depresión y la conducta suicida mediante **la realización de estudios epidemiológicos y encuestas** que permitan, a su vez, dimensionar los recursos.
- Debe **priorizarse el abordaje de la salud mental y la ideación suicida en las personas mayores** actuando sobre factores desencadenantes como la soledad no deseada, la pérdida de capacidad económica o el edadismo.
- Es fundamental continuar **la lucha contra el estigma** que sigue existiendo ante los problemas de salud mental. Asimismo, **los profesionales deben interesarse y tratar sobre el suicidio** con pacientes afectados de depresión y familiares, como elemento para su prevención.
- Deben buscarse **fórmulas que favorezcan la inserción laboral** de las personas con problemas de salud mental, puesto que es un elemento esencial para su recuperación.
- **El abordaje de la depresión y la prevención del suicidio requieren un abordaje global** del paciente y su entorno, teniendo en cuenta los distintos factores biopsicosociales que pueden influir tanto en la enfermedad como en la conducta suicida.
- **La formación y la educación sanitaria de la población**, especialmente de los más jóvenes, es fundamental en la prevención, detección y tratamiento precoz de los problemas de salud mental.
- Entre **las principales comorbilidades asociadas a la depresión se encuentran las enfermedades osteoarticulares, las gastrointestinales y las genitourinarias**. Otras patologías concomitantes son el síndrome metabólico (obesidad, diabetes mellitus, colesterol...) u otras patologías psiquiátricas como los trastornos por ansiedad, pánico y fobias, TOC o TLP.

- **Las redes sociales pueden tener un impacto en la salud mental** por la disociación entre la imagen que proyectan y la auténtica realidad de las personas, lo que puede generar expectativas de vida sesgadas que conducen a la frustración.
- Las iniciativas del ámbito de las asociaciones y del tercer sector, como **los grupos de ayuda mutua, el *peer to peer*, los programas de promoción del bienestar emocional, las acciones formativas**, etc. forman parte de la innovación y son esenciales en el abordaje integral de la salud mental.
- En el ámbito del tratamiento farmacológico se han desarrollado en los últimos años **medicamentos innovadores como la esketamina**, que está obteniendo resultados favorables en casos de depresión resistente.
- Debe **priorizarse la salud mental y la prevención del suicidio** en las políticas de salud, con especial énfasis en la prevención y con una perspectiva que permita **evaluar los resultados a medio y largo plazo**.
- La innovación no debe circunscribirse al ámbito terapéutico, es fundamental **innovar también en gestión y organización**, para mejorar la coordinación, la accesibilidad y la integración de recursos.

Referencias

Instituto Universitario de Pacientes. UIC Barcelona. Documento de la Jornada sobre prevención del suicidio (abril de 2023).

https://www.uic.es/sites/default/files/2024-10/JORNADA%20PREVENCIO%CC%81N%20DEL%20SUICIDIO%20%20%281%29.pdf

Instituto Universitario de Pacientes. UIC Barcelona. Atención afectiva y efectiva en la prevención del suicidio.

https://www.uic.es/sites/default/files/inline-files/AE-prevencion-suicido.pdf

Ministerio de Sanidad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2020.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EESE2020_inf_evol_princip_result2.pdf

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla de prevenció del suïcidi a Catalunya 2021-2025.

https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6319

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc suïcidi.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS Prevencion del suicidio: Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. 2000

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2012

OMS. Prevenir el suicidio: un imperativo legal. 2014

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm

https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-mental/061-veu-contra-suicidi/

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

Con la colaboración de:

Johnson&Johnson