

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA
SECTOR DRETA EIXAMPLE
MEMORIA - PROYECTO**

Barcelona, marzo de 2006

CONSEJO ASESOR

Enric Álvarez

Director del Servicio de Psiquiatría.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Josep Fàbregas

Director General. CPB SSM
Centre Psicoteràpia Barcelona Serveis Salut Mental

Cristina Molina

Directora del Plan de Salud Mental y Adicciones
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Generalitat de Catalunya

Candela Calle

Subdirectora de Gestión Clínica
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Blanca Sarró

Directora de las Jornadas de Suicidología de Catalunya.
Ex Representante de España en la IASP.

COMISIÓN DE COORDINACIÓN.

Carmen Tejedor
Víctor Pérez Solá
Joan Vegué
Joan Pi
Gustavo Faus,
Ana Diaz,

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO.

Departament de Psiquiatria - Hospital de Sant Pau

Carmen Tejedor
Víctor Pérez Solá
Ana Diaz,
Juan José Castillon,
Jose M^a Pericay,
Fina Perez Blanco
Cristina Pinet
Carmen Gomez Guijarro
Gloria Bages

CPB Serveis Salut Mental

Joan Vegué
Joan Pi
Gustavo Faus,
Luís de Ángel
JM^a Otín,
Montserrat Prats,
Tina Ureña,

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS DEL PRESENTE PROYECTO	5
3. FASES DEL PROYECTO	6
4. PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN, INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. GUIÓN AUDIOVISUAL “La muerte ignorada”	9

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Consideraciones generales

En el mundo occidental, OMS 2002, el suicidio es la primera causa de muerte violenta. La mortalidad por suicidio es la complicación más grave de todos los T. psiquiátricos. La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre los jóvenes y adultos, entre los que llega a ser la segunda causa de muerte. Sin embargo, la mayor proporción de suicidios, 40%, se observa en la población para gente mayor, en este grupo son los T Depresivos y la patología médica los mediadores más destacados.

Los intentos de suicidio son mucho más frecuentes que los suicidios consumados, confirmándose epidemiológicamente una relación de 30 a 1, especialmente los intentos por intoxicaciones medicamentosas, que dada su tendencia a recidivar, llegan a afectar al 1,5-3% de la población general. El suicidio es una síndrome pluricausal, en el que no solamente intervienen factores sanitarios, sino también otros factores psicosociológicos de muy diversa índole, incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. Es por ello, que su prevención es compleja, posiblemente desde una perspectiva sanitaria la reducción de la mortalidad y la morbilidad debe ser considerada más en términos de aumento de la supervivencia después de un intento de suicidio y de reducción parcial de la mortalidad suicida.

En todos los países de nuestro entorno y del mundo occidental existen programas para la prevención del suicidio, se conoce la magnitud del problema y se valoran los resultados de intervenciones programadas con esta finalidad.

Sin embargo, hasta fecha de hoy, los autores no conocen en nuestro país ningún programa de asistencia y prevención al suicidio institucionalizado. En el plan de Salud de la Conselleria de Sanidad de Cataluña 2004-2010, entre sus objetivos principales se destaca la reducción de la mortalidad suicida juvenil, pero no se describe ningún plan de actuación específica. Tampoco para el suicidio en otras edades.

1.2 Datos epidemiológicos

Según los datos epidemiológicos disponibles, de la bibliografía europea y americana, o bien de estudios con población barcelonesa, se puede estimar la siguiente incidencia sobre una población de 120.000 habitantes, como es aproximadamente la de la Dreta de l'Eixample:

- 10 a 12 suicidios consumados (6 mayores de 65 años, 2 jóvenes adolescentes, 3 a 4 adultos)
- 200 a 300 tentativas suicidas que requieren hospitalización y tratamiento específico. Posiblemente hay una proporción casi similar de tentativas suicidas que no llegan a requerir ingreso en un centro sanitario.
- Entre un 5% y 10% de las consultas de salud mental o médicas, existe ideación suicida persistente durante las dos semanas previas. Se desconoce la proporción que requiere asistencia específica.

2. OBJETIVOS DEL PRESENTE PROYECTO

Desde esta realidad, parece necesaria la intervención urgente para conocer las características de la conducta suicida entre la población catalana del 2004, proyectar un programa de asistencia y evaluar sus resultados.

Posiblemente la selección de un sector poblacional integrado en la red de Salud Mental, podría, con recursos no excepcionales, ser una experiencia piloto para evaluar, tratar y prevenir la realidad suicida entre la población sectorizada.

Se propone una experiencia pionera y original entre resultados, integrada en los dispositivos sanitarios actuales. El proyecto se realiza para el sector de la Dreta de l'Eixample de Barcelona para el sector en el que la atención a la salud mental de la población adulta es mayoritariamente atendida por equipamientos del Departamento de Psiquiatría del Hospital de St. Pau y del CPB – Serveis de Salut Mental, entidades proveedoras del SCS en las que prestan sus servicios los autores de esta propuesta.

Los objetivos generales del plan son la prevención del suicidio consumado, la recidiva de los intentos de suicidio y el control de la ideación suicida para evitar el paso al acto. **Como objetivos específicos a desarrollar en las diferentes fases del plan están:**

- Sensibilización de profesionales implicados en la detección
- Recogida de datos fiables sobre prevalencia de conducta suicida en el sector
- Detección de situaciones de riesgo
- Atención inmediata a conductas y situaciones de riesgo suicida
- Gestión de la demanda hasta que el paciente pueda ser incluido en su circuito de salud mental
- Mantener coordinación con los diferentes equipamientos de la zona

3. FASES DEL PROYECTO

3.1 1ª Fase: Exploración y recogida de datos

- Creación de un grupo de estudio y coordinación formada por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería y administración del Servicio de Psiquiatría del Hospital de St. Pau y de los diferentes equipamientos del CPB – SSM..
- Obtención de información detallada sobre los dispositivos actuales de asistencia sanitaria y social en la población adulta y juvenil. Areas Básicas de Salud, Urgencias Médicas 061, Centros sociosanitarios y geriátricos, Servicios sociales, juzgados, centros cívicos, voluntariado, instituciones religiosas, etc., que integran la red social. Forenses y responsables del Instituto anatómico-forense.
- Durante un periodo de 6 meses, estudio epidemiológico de la incidencia de conductas suicidas y tentativas, en la población de la Dreta de l'Eixample.

3.2 2ª Fase: Sensibilización

El equipo de trabajo, constituido por 3 psiquiatras a dedicación de 3 horas semanales, elaborará:

- Definición y delimitación de los circuitos que atienden a los pacientes suicidas.
- Selección de los responsables con los que coordinan la recogida de datos y posterior intervención y seguimiento con los pacientes con riesgo suicida.
- Desarrollo de un programa de información y educación dirigido a profesionales sanitarios y "gatekeepers" que estarán implicados en la detención de pacientes con riesgo suicida.
- Creación de web, folletos informativos para la población. Protocolos de recogida de datos y de derivación de pacientes con riesgo suicida.

- Coordinación con el Consejo Asesor y las Instituciones implicadas para planificar la dedicación de recursos económicos para contratar el personal asistencial posible). Selección del mismo. Gestión de recursos.

(Ver Memoria de actividades realizadas)

3.3 3ª Fase: Screening y respuesta asistencial

Duración: 12 meses

Programa de Asistencia a pacientes con conductas o riesgo suicida.

Este programa propone como **novedades**:

- la optimización de los recursos existentes para la asistencia a pacientes con riesgo suicida.
- la implementación de “coordinadores o supervisores” del tratamiento continuado del riesgo suicida. (“agentes antilífticos”)
- La creación de tratamientos con psicoterapia grupal o individual para pacientes suicidas.

Plan de atención rápida a las conductas autodestructivas

- Atención de pacientes con riesgo suicida procedentes de Urgencias hospitalarias y médico de familia.
- Elaboración de un plan terapéutico individualizado (PTI) en función de características y necesidades de cada paciente
- Designación de terapeuta referente que tendrá la función de coordinar la atención que se le da a cada paciente y asegurar continuidad asistencial
- Recursos:
 - Atención individual
 - Grupos terapéuticos
 - Primeras tentativas
 - Grupo de crisis
 - Terapia dialéctico-conductual
 - Atención a las familias, apoyo a supervivientes
- Interconsulta, dirigida a atender demandas de los diferentes profesionales del sector (médicos de familia, trabajadores sociales, farmacéuticos...)
- Duración: 6 – 8 semanas, a partir de las cuales el paciente seguirá integrado en el circuito asistencias de salud mental

Coordinación con recursos del sector

- Mantenimiento de vínculos establecidos con equipamientos de la zona, ABS, Servicios Sociales, Farmacéuticos, 061, urgencias hospitalarias. Recogida de datos referida a casos en seguimiento y pacientes nuevos
- Coordinación con Instituto anatómico-forense

PERSONAL Y FUNCIONES

Se propone un equipo formado por 3 psiquiatras, 2 psicólogos y una Trabajadora Social/Administrativa.

Funciones.

Psiquiatras.

Actuarían como “**coordinadores antilíticos**”, gestionando y supervisando la asistencia de los pacientes con riesgo suicida, siendo los profesionales referentes de esta patología. Su actividad es similar a la desarrollada por otros profesionales de la medicina que tratan procesos patológicos graves y con riesgo vital elevado, en los que es necesaria la coordinación entre distintas especialidades y servicios (oncología, cardiología, etc).

1. Facilitando la coordinación de los dispositivos asistenciales en los circuitos existentes de la derivación preferente, continuada, de atención específica, para pacientes con intentos o con riesgo suicida.
2. Proponer una asistencia ambulatoria “puente”, visitas con la frecuencia necesaria para asegurar la continuidad entre el paso del paciente de un circuito a otro. (por ej, del hospital al CSM, de UCIAS de psiquiatría a consultas, de Médico familia a consultas psiquiatría, etc.)
3. Definir planes terapéuticos individualizados (en los casos de primeras tentativas, o de tentativas múltiples con riesgo de repetición próxima.)
4. Continuar las intervenciones psicoeducativas para la prevención y detección precoz de los riesgos suicidas en el medio sanitario, docente y social.
5. Ayuda psicológica a los supervivientes familiares del suicida.

Psicólogos.

1. Terapia grupal para pacientes con riesgo suicida. Se han previsto dos tipos de intervención, uno siguiendo el modelo teórico Dialéctico Comportamental y otro según la terapia de intervención en la crisis.
2. Terapias individuales breves, de 6 a 10 sesiones, en los casos que estén indicadas.

Trabajadora social y Administrativa.

1. Gestionar las comunicaciones entre los circuitos asistenciales, profesionales, pacientes, etc
2. Recogida de datos de la actividad asistencial. Documentaci
3. Atención e información a profesionales de servicios sociales.

Circuitos Asistenciales.

○ **Circuito asistencial A**

Pacientes con ideación o riesgo suicida:

- Derivación: Urgencias de Hosp. San Pau
CSMA Dreta de l'Eixample
- Programa standard:

Tratamiento ambulatorio preferente:

Instrumentos terapéuticos específicos:

- Grupos psicoterapéuticos
- Psicoterapia individual
- Terapia dialecticoconductual TDC

○ **Circuito asistencial B**

Pacientes con Intentos de suicidio:

- Programa standard:
Ingreso:
Hospitalización de agudos
Hospital de Día
Comunidad Terapéutica
- Derivación:

Tratamiento ambulatorio preferente:

Instrumentos terapéuticos específicos:

- Grupos psicoterapéuticos
- Psicoterapia individual
- Terapia dialéctico-conductual TDC

Intervención específica según diagnóstico de base
Seguimiento terapéutico de 6 a 12 meses.

○ **Circuito C: de análisis y seguimiento ambulatorio**

3.4 4ª Fase: Evaluación de la eficacia del programa

- Evaluación de resultados el año del establecimiento del “Programa de prevención de la conducta suicida”. Hay que prever **dos tipos de resultados**:
 - **A corto plazo.** Con la recogida exhaustiva y control de conductas suicidas, la detección, presentación y frecuencia aumentará respecto a los datos actualmente disponibles.
 - **A largo plazo.** Es previsible una disminución de su frecuencia en un 10-20%, especialmente por lo que hace a suicidios consumados en pacientes psiquiátricos o enfermos con patología médica, mayores de 60 años.
- Indicadores: Se comparan los resultados con los datos disponibles.
 - Suicidio consumado (10 años)
 - Conducta suicida atendida por el 061 (Servicio de Urgencias) (3años)
 - Conducta suicida atendida por el Servicio de Urgencias del Hospital de St. Pau (5años)
 - Patrón uso de Bad-DAT-AS (3años)

5. PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN, INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

5.1 Características del programa

Responsables: M. Carmen Tejedor, Ana Díaz, Carles Masip

Objetivos: informar, sensibilizar y educar a profesionales de diversos ámbitos en la detección, manejo inicial y apropiada derivación de personas con riesgo suicida.

Dirigido a: profesionales sanitarios y de otros colectivos rehabilitadores, educadores, familiares de enfermos mentales y población general.

Metodología: realización de charlas coloquio en torno un material audiovisual (soporte en DVD o Vídeo VHS) en el que se sintetiza y estandariza la información sobre el suicidio, detección y prevención.

GUIÓN DEL AUDIOVISUAL

Título: “LA MUERTE IGNORADA”

Duración total 20 minutos

- Introducción:
 - Duración 7 minutos
 - Intervienen psiquiatras, reforzándose su discurso con diapositivas intercaladas. Contenido: datos epidemiológicos, explicaciones causales, factores de riesgo, “claves” para detección de la impulsión suicida.
- Modelos sociales y culturales del suicidio. Se incluyen tres situaciones paradigmáticas de conductas suicidas en jóvenes, adulto joven y ancianos.
 - Tentativa suicida “por amor”. Interviene una pareja de *adultos*. La mujer realiza una sobredosis medicamentosa.
 - Suicidio “balance”. Interviene un *anciano* y un médico. El anciano consuma el suicidio por ahorcamiento.
 - Suicidio frustrado. *Joven* psicótico que se precipita.
- Recomendaciones y medidas para prevenir el suicidio. Interviene un psiquiatra, con diapositivas intercaladas. (3 minutos)
- Final. El joven y la mujer de la pareja “por amor”, coinciden recuperados en una cafetería. Escena de medio minuto en que se destaca la supervivencia a nivel satisfactorio un tiempo después.
- El eslogan es procurar el tratamiento médico o psiquiátrico del enfermo o persona en crisis suicida. Que se preste siempre atención a la ideación suicida: “el que habla de suicidio es el que lo intenta”, y que se controle la impulsividad: “siempre puedes suicidarte mañana”..