

A

I

AIPIS

P

**ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN
DEL SUICIDIO**

I

S

www.redaipis.org

info@redaipis.org

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Javier Jiménez Pietropaolo

¿De cuantos suicidios hablamos a nivel mundial?

□ O.M.S.

- Un millón de suicidios al año.
- Unos 2700 suicidios al día.
- Se suicida una persona cada 40 segundos.
- Es la primera causa de muerte violenta.
- Hay más muertos por suicidio que todos los producidos por guerras (230.000) y homicidios juntos (500.000).
- 250.000 son adolescentes y jóvenes de menos de 25 años. Está entre las tres principales causas de muerte.

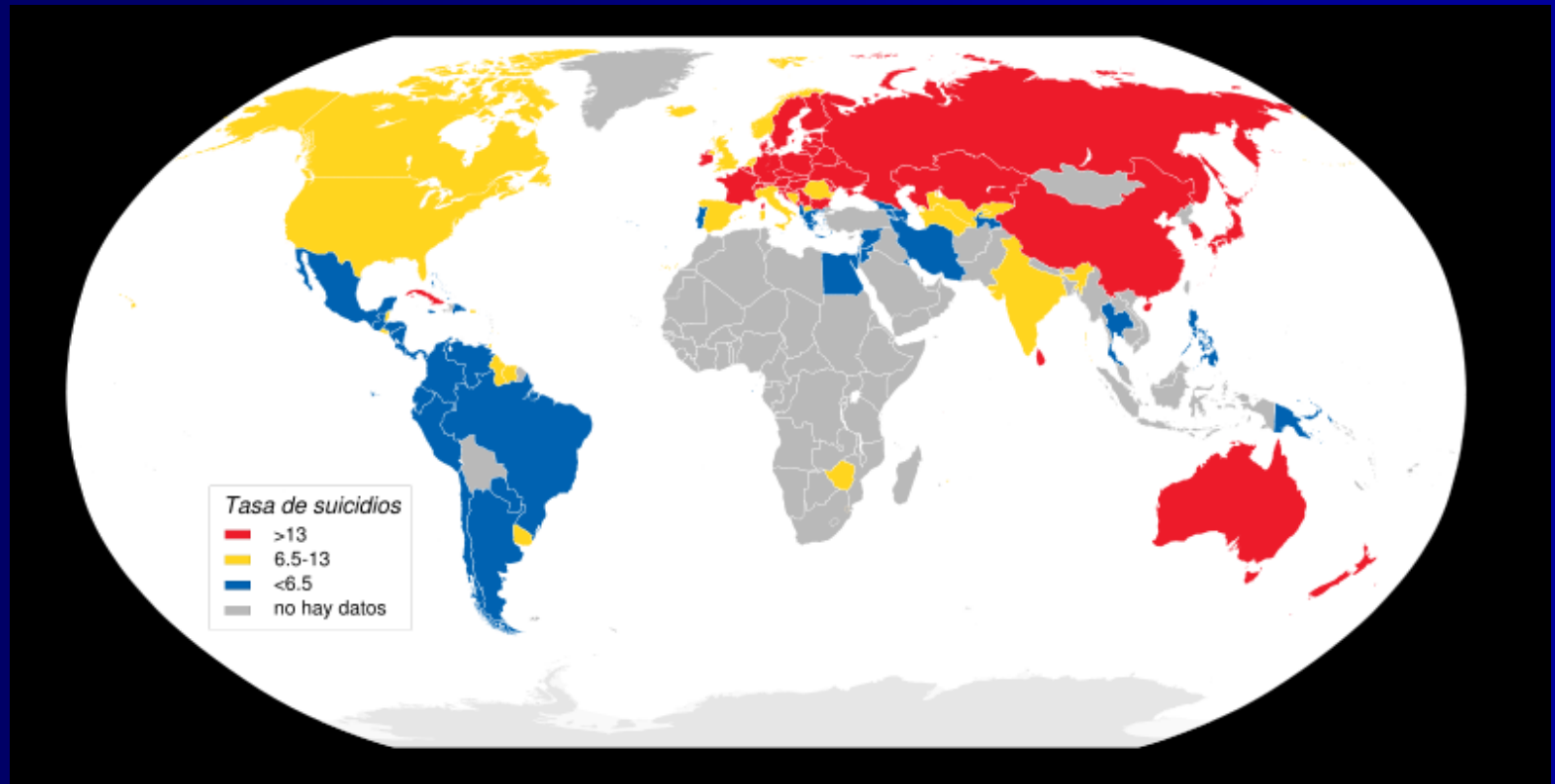
¿Qué esperamos para el 2020?

- La Organización Mundial de la Salud estima que el número de suicidios se incrementará hasta un millón y medio.

A NIVEL MUNDIAL

- ❑ 6 de los 10 países con mayor índice de suicidio son miembros de la Unión Europea. (OMS).
- ❑ Suicidios por cada cien mil habitantes de sexo masculino:
 - 1° Lituania con 68,1
 - 2° Rusia con 58,1
 - 3° Kazajistán con 45
 - 4° Hungría con 42,3
 - 5° Eslovenia con 41,1
 - 6° Estonia con 35,5
 - 7° Japón con 34,8
 - 8° Guayana con 33,8
 - 9° y 10° Bélgica y Finlandia con 31

TASA DE SUICIDIOS A NIVEL MUNDIAL



¿Y en España?

(I.N.E 2009)

□ 3.429 Suicidios consumados.

- ❖ 2.666 Hombres. (11,4 de cada 100.000)
- ❖ 763 Mujeres. (3,2 de cada 100.000)
- ❖ Tasa en España 7,2 por cada 100.000
- ❖ 9 suicidios al día.

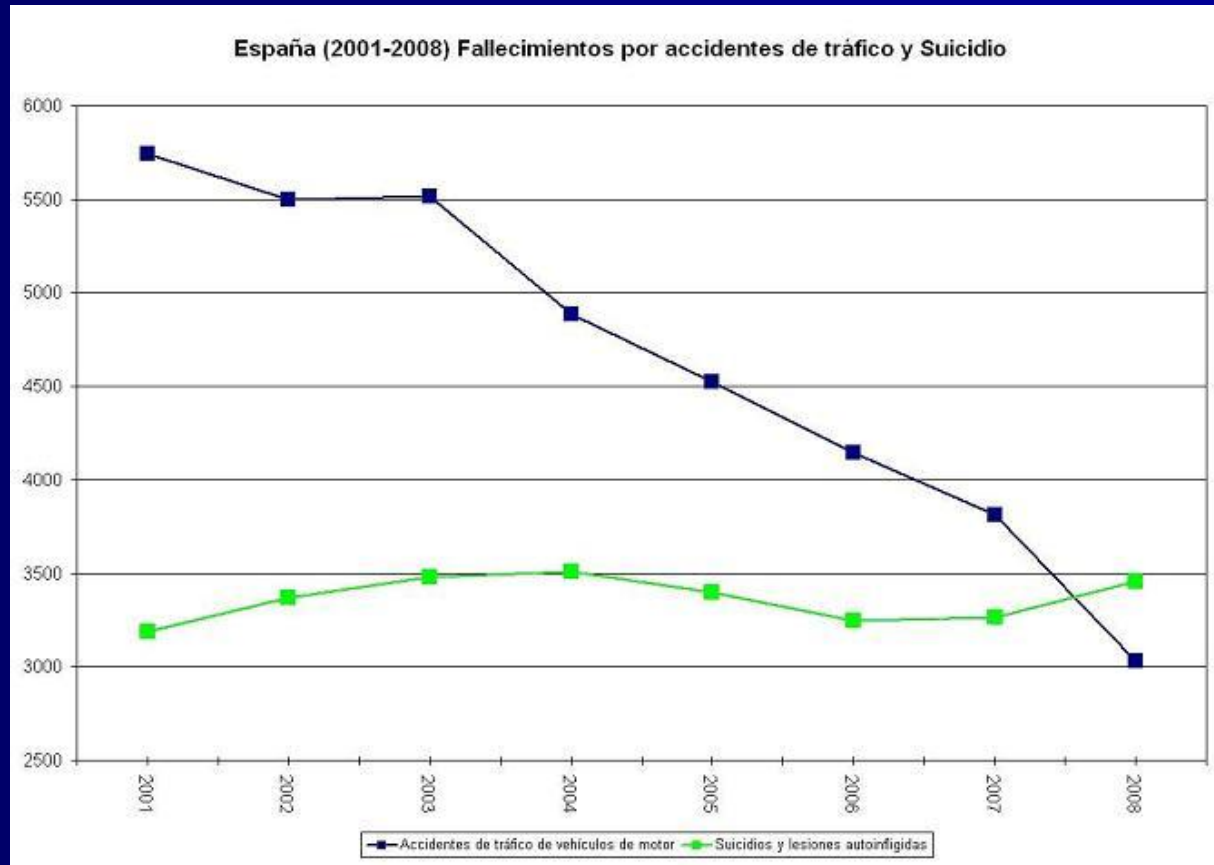
□ 2588 Fallecidos por accidente de tráfico.

□ 337 Fallecidos por homicidio.

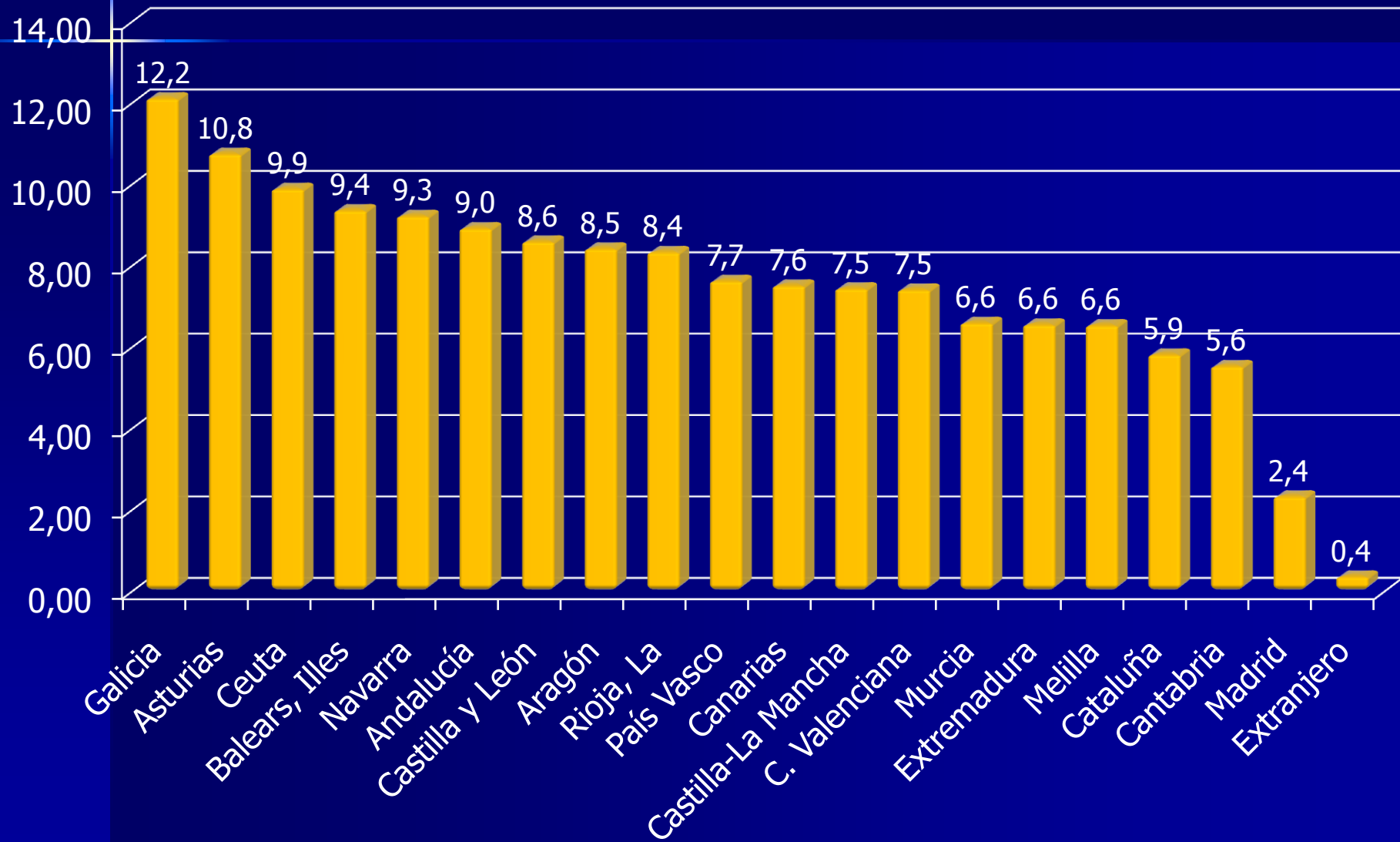
- Por segunda vez en la Estadística española el número fallecidos por suicidio a superado al nº de fallecidos por accidente de tráfico.
- Hay muchos suicidios que pasan por accidentes de todo tipo (1920 precipitados y 2292 ahogados).

Comparativa fallecimientos por accidente de tráfico y suicidio

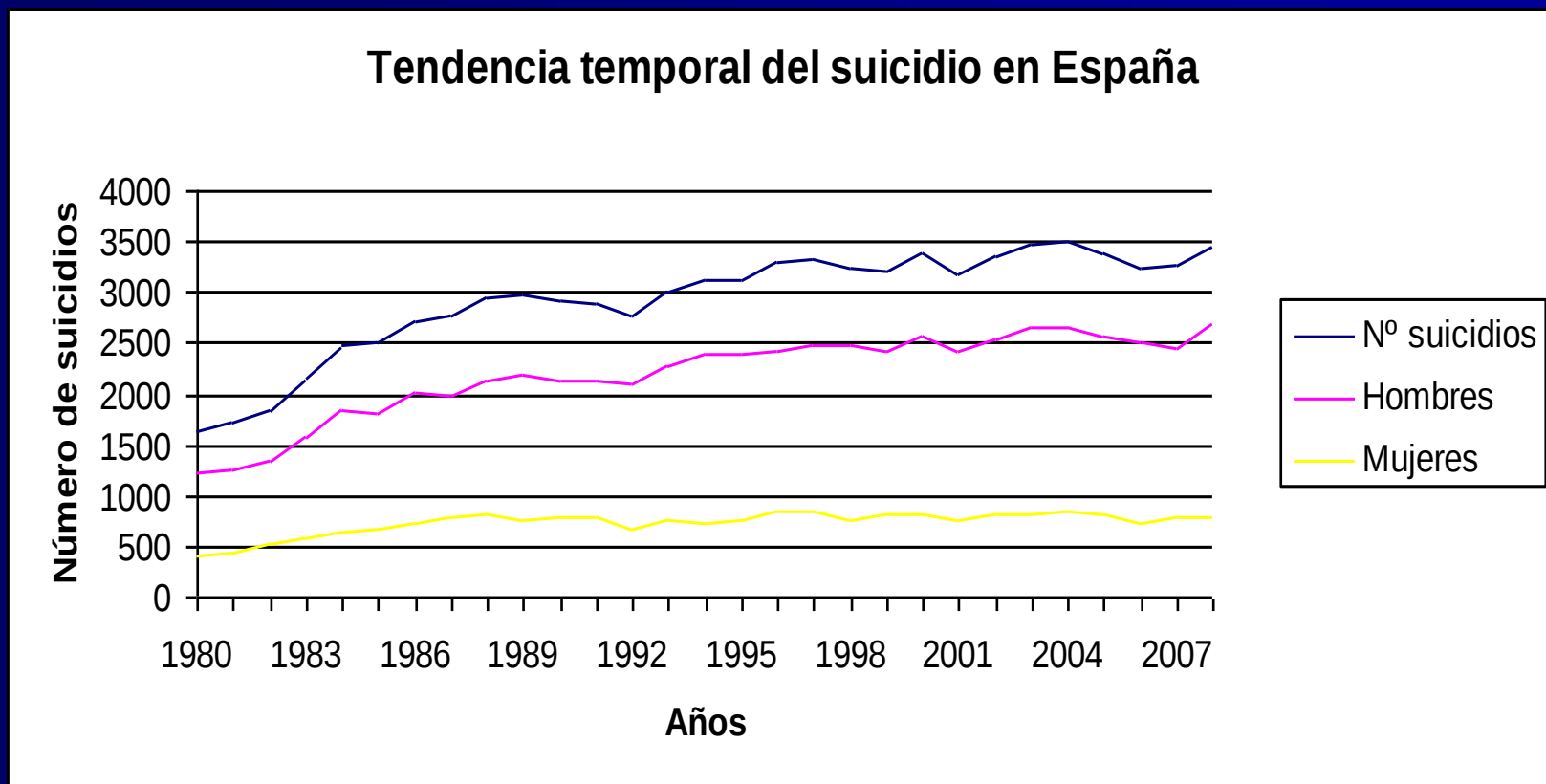
Creado por Juan Miguel Garrido



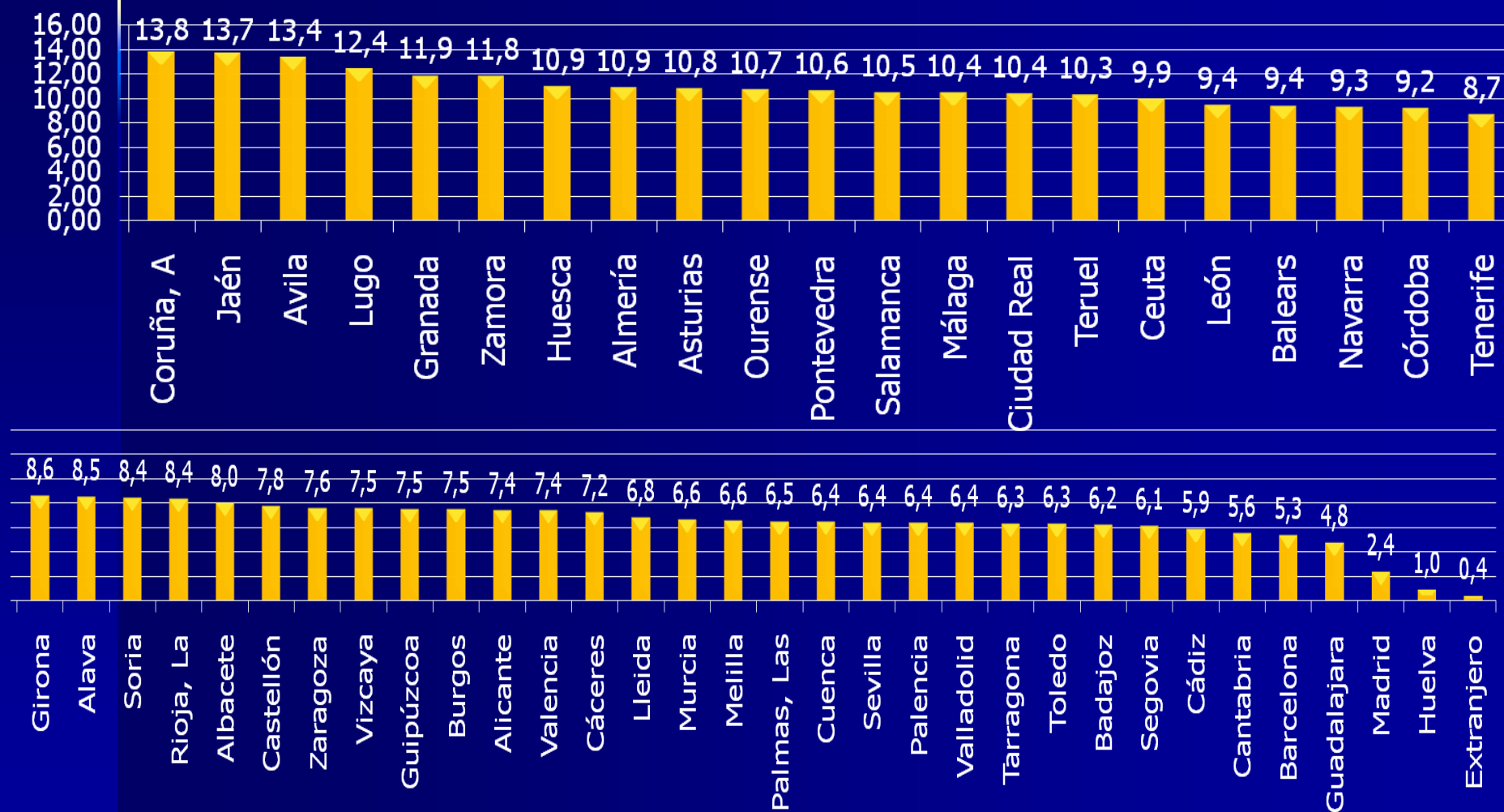
TASA POR COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA por cada 100,000 habitantes



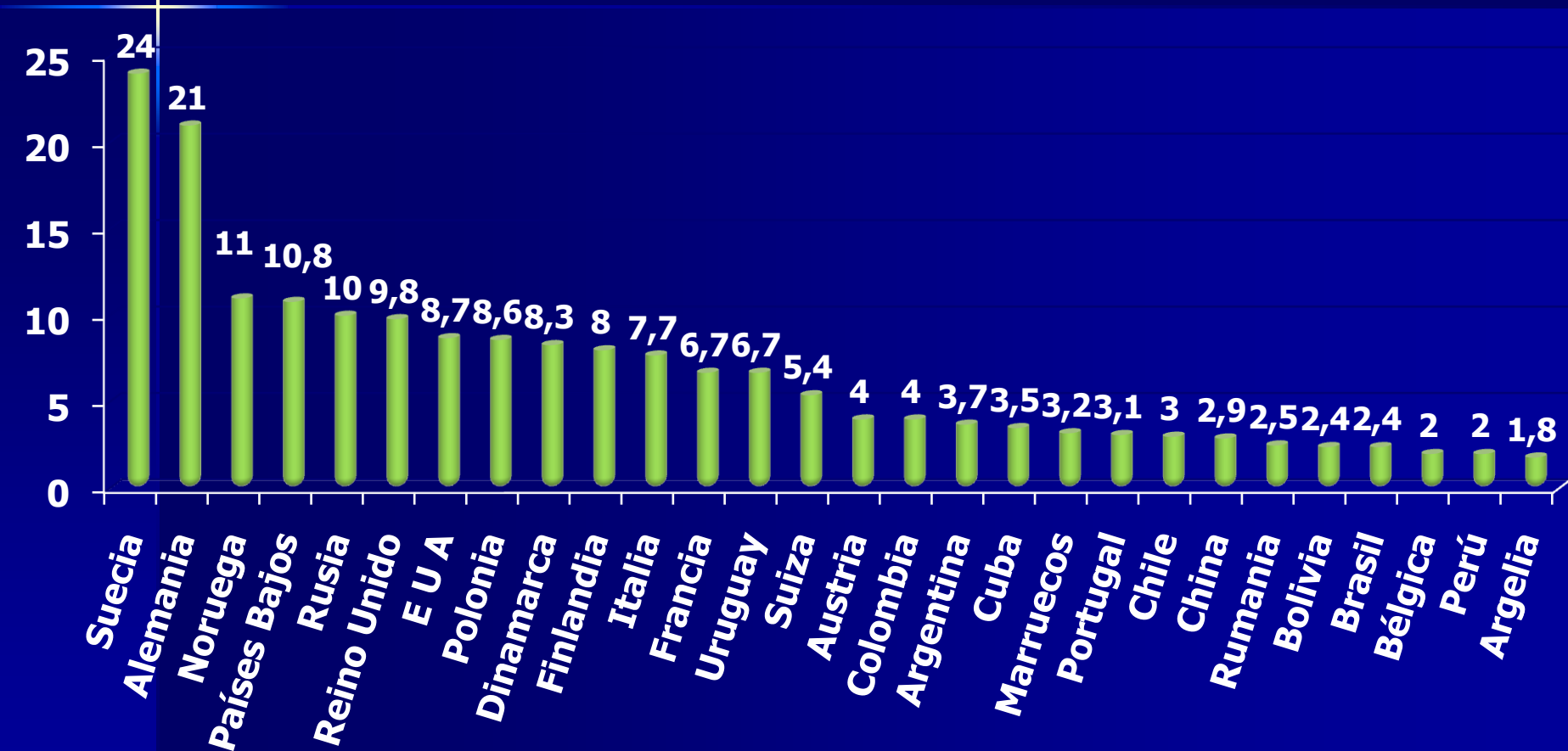
Suicidios en España 1980-2007



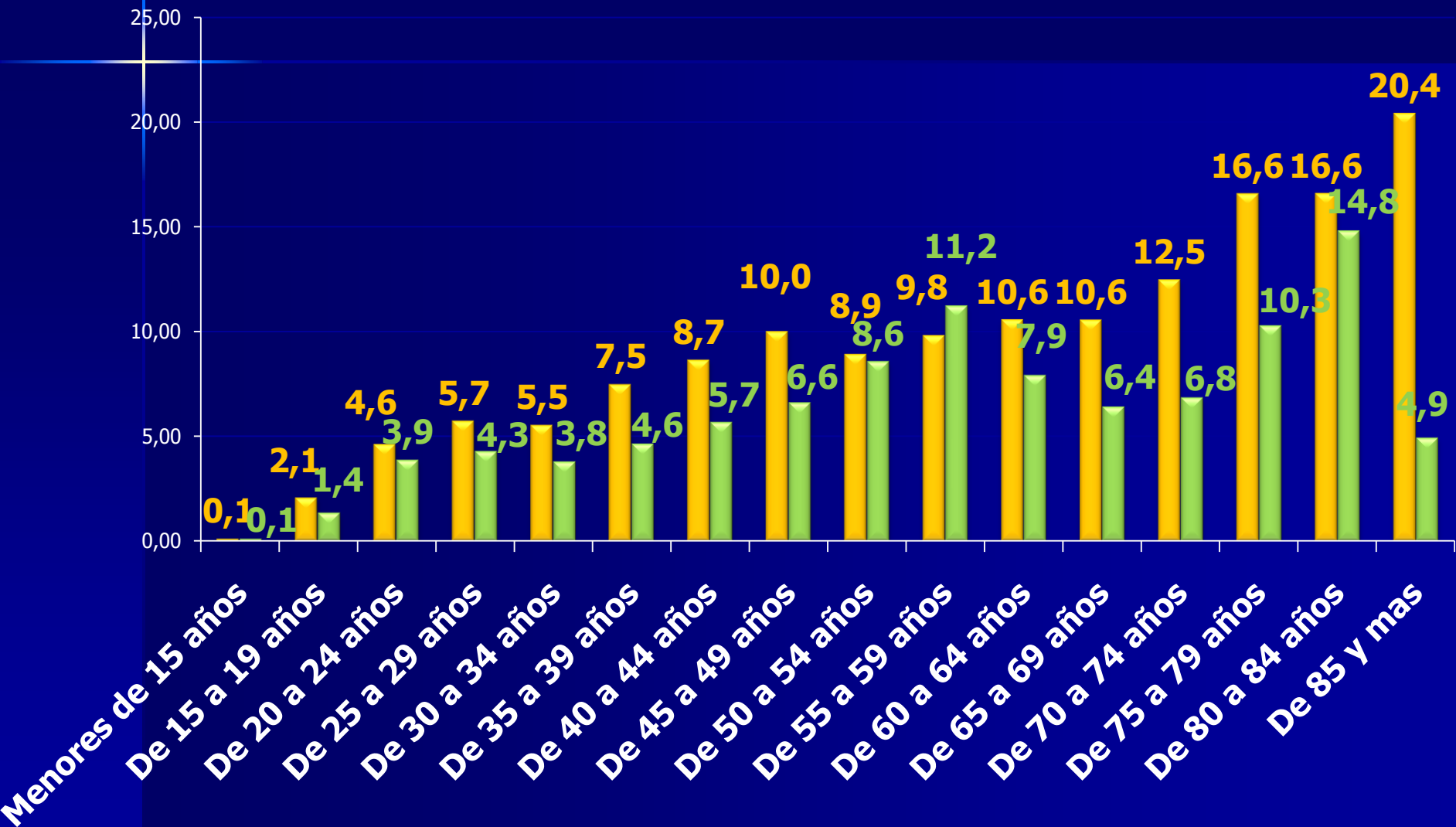
TASA DE SUICIDIOS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA por cada 100.000 habitantes



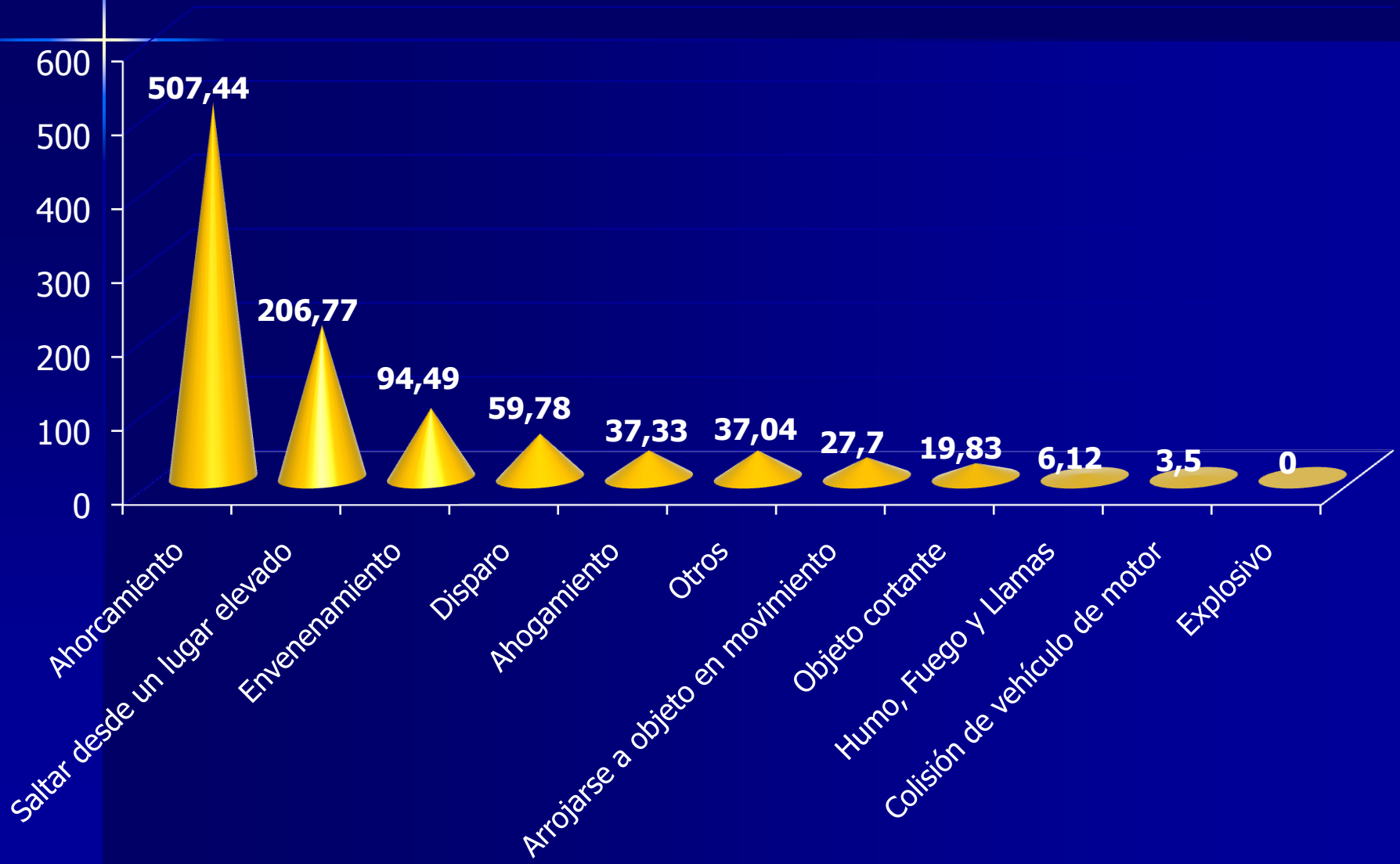
TASA DE SUICIDIOS DE EXTRANJEROS EN ESPAÑA por 100.000 habitantes



COMPARACIÓN DE TASA DE SUICIDIOS EN ESPAÑÓLES Y EXTRANJEROS por 100,000 habitantes



MÉTODO DE SUICIDIO POR CADA MIL



PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Las Naciones Unidas y la O.M.S.

En 1996 recomendaron

□ Que cada país debería:

Desarrollar planes y políticas de prevención de suicidio, relacionados, en lo posible, con otros programas de salud pública.

Establecer comités coordinados para controlar y evaluar su implementación.

Según las Naciones Unidas y la O.M.S.

- ❑ Estas estrategias nacionales son importantes ya que obligan a los gobiernos a:
 - Reconocer el grave problema del suicidio.
 - Aumentar la preocupación a nivel nacional acerca del suicidio
 - Ejercer la capacidad de promulgar leyes para la prevención del suicidio (por ejemplo el control de armas de fuego).
- ❑ Estas acciones políticas son efectivas y vitales para mantener al gobierno focalizado en la prevención del suicidio.

Programa SUPRE-WHO

Primero en la Prevención de Suicidios O.M.S. 1999

□ Se elaboraron instrumentos para:

- 1.-Médicos de medicina general.
- 2.-Trabajadores de atención primaria de salud.
- 3.-Docentes y demás personal institucional.
- 4.-Establecer un grupo de supervivientes.
- 5.-Medios de comunicación.
- 6.-Trabajadores de prisiones.
- 7.-Consejeros.
- 8.-Centros de trabajo.

Helsinki

Conferencia Ministerial para Salud Mental O.M.S 2005

- ❑ Reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y los países.
 - Declaración Europea de Salud Mental.
 - **Plan de Acción** en Salud Mental para Europa
Entre 5 y 10 años para su ejecución
- ❑ Prevención de los problemas de salud mental y el suicidio a través de políticas nacionales, mediante: **Grupos de Autoayuda, Líneas de teléfono y páginas Web.**

Finlandia: La excepción

Claves del éxito

- ❑ Estrategia nacional de aplicación tanto a nivel local, regional y nacional.
- ❑ La formación de un comité experto para supervisar, implementar, evaluar y revisar estos planes.
- ❑ Dirigida al sistema educativo público y mejora el acceso a servicios de salud mental.
- ❑ Aplicación la intervención en crisis.
- ❑ Se reduce el acceso a los medios de suicidio.
- ❑ Formación a los profesionales de la salud.
- ❑ Se creó conciencia de los factores de co-morbilidad.
- ❑ Supervisaban los casos de intento de suicidio.

Claves del éxito finlandés

- ❑ Registro de las personas en situación de riesgo.
- ❑ Programas con todo tipo de profesionales, servicios sociales y organismos oficiales, (y no específicamente de las personas afectadas por el suicidio).
- ❑ Se crearon y pusieron en práctica más de 40 sub-programas y otros trabajos innovadores de desarrollo sobre el suicidio.

DIFERENCIAS DEL PROGRAMA PREVENTIVO EN FINLANDIA

- ❑ Único evaluado externamente con resultados positivos.
- ❑ Implicó a muchos profesionales de distintos ámbitos.
- ❑ Se mantuvo una década 1987-1996
- ❑ Bajó la tasa de suicidios en un 8,7 %.
- ❑ Ejemplo: -En Finlandia el 88% de las personas que han tenido un intento de suicidio son vista por un médico, en España son vistas por un médico un 25% de los intentos de suicidio.

Comité Sueco para la Prevención y Tratamiento de la Depresión (PTD),

Programa de formación en el diagnóstico y tratamiento de la depresión para todos los médicos de Gotland, Suecia 1983-1984:

- ❑ La frecuencia del suicidio y la atención hospitalaria para la depresión disminuyó significativamente, así como la frecuencia de bajas por depresión.
- ❑ Se hizo evidente que el reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado de la depresión es un método esencial de la prevención del suicidio (aproximadamente un 7%).
- ❑ Coste económico 62.000 dólares, ahorro 26 millones de dólares.

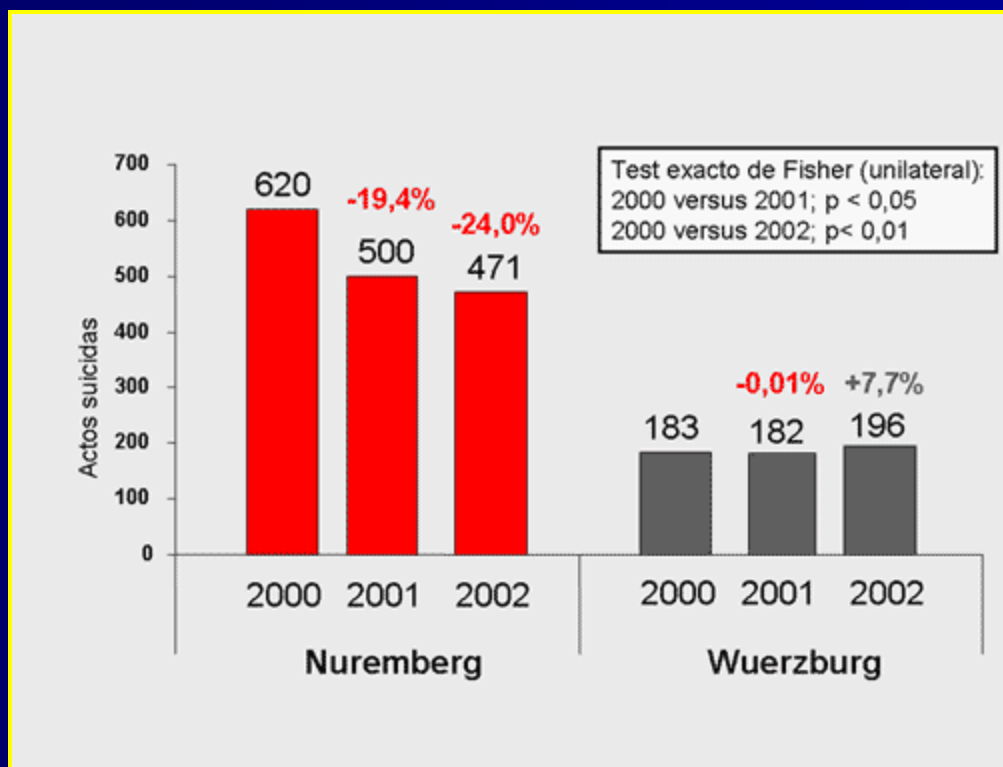
EAAD. Alianza Europea Contra la Depresión.

- Organización sin ánimo de lucro fundada en 2008, con sede central en Alemania.
- Los ocho fundadores son investigadores de diferentes universidades, organizaciones e instituciones:
 - Austria, Bélgica, Alemania, Irlanda, Holanda, Portugal, España y Gran Bretaña.
- Financiada por la Comisión Europea.

EAAD. Alianza Europea Contra la Depresión.

- El concepto básico principal de los 4 niveles de intervención está basado en la experiencia de:
 - **Nuremberg** proyecto realizado en el marco de la "Red alemana de investigación sobre la depresión y el suicidio"

Programa de prevención de suicidios en Nuremberg-Wuerzburg



EAAD Alianza Europea Contra la Depresión

4 Niveles de actuación.

- ❑ **Cooperación con los médicos de familia:**
Sesiones de formación, material informativo sobre la depresión dirigido a pacientes y consultas a un especialista con relación al tratamiento de casos clínicos con depresión.
- ❑ **Campaña Informativa:**
Dando a conocer la existencia de tratamientos adecuados y redefinir el concepto popular de "depresión" en los ciudadanos mediante pósters, banderolas, spots de TV, folletos, prensa y web www.eaad.net.
- ❑ **Cooperación con los centros sociales de la comunidad:**
Otros grupos sociales de la comunidad como agrupaciones culturales, maestros o profesionales de la geriatría recibirán información sobre depresión mediante charlas y conferencias.
- ❑ **Servicios para afectados y familiares**
Ayuda a pacientes de alto riesgo con antecedentes de intentos de suicidio, en grupos de autoayuda.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona, marzo de 2006

- ❑ Sector Dreta Eixample (Aproximadamente 120.000 habitantes), luego se incluyo el Vallés Oriental.
- ❑ Forma parte de la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD)
- ❑ Experiencia piloto para evaluar, tratar y prevenir la realidad suicida entre la población sectorizada.
- ❑ 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.

Los objetivos generales del plan son:

- ❑ La prevención del suicidio consumado.
- ❑ La recaída de los intentos de suicidio.
- ❑ El control de la ideación suicida para evitar el paso al acto.

Objetivos específicos :

- ❑ 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.

1ª Fase:

Exploración y recogida de datos

- ❑ Creación de un grupo de estudio y coordinación formada por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería y administración .
- ❑ Obtención de información detallada sobre los dispositivos actuales de asistencia sanitaria y social en la población adulta y juvenil.
- ❑ 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.

2ª Fase: Sensibilización

- ❑ El equipo de trabajo, constituido por 3 psiquiatras con 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" "cuidadores o porteros" que estarán implicados en la detección de pacientes con riesgo suicida.(maestros, religiosos, taxistas, peluqueras, camareros, policías, etc)
 - ❑ 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.

3ª Fase:

Screening o Detección 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 antilíticos".
 - La creación de tratamientos con psicoterapia grupal o individual para pacientes suicidas.

3ª Fase:

Detección y respuesta asistencial

□ 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...)

3ª Fase:

Detección y respuesta asistencial

- ❑ Coordinación con recursos del sector (como el Instituto Anatómico Forense).
- ❑ Mantenimiento de vínculos establecidos con equipamientos de la zona, Áreas Básicas de Salud, Servicios Sociales, Farmacéuticos, 061, urgencias hospitalarias.
- ❑ Recogida de datos referida a casos en seguimiento y pacientes nuevos.

Circuitos Asistenciales.

Circuito asistencial A.

Pacientes con ideación o riesgo suicida:

Derivación: Urgencias de Hosp. San Pau, CSMA (Atención Especializada en Salud Mental) Dreta de l'Eixample

- Programa standard.

□ Tratamiento ambulatorio preferente:

- Instrumentos terapéuticos específicos:
 - Grupos psicoterapéuticos
 - Psicoterapia individual
 - Terapia dialecticoconductual TDC

Circuitos Asistenciales.

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

Circuitos Asistenciales.

Circuito asistencial C

- De análisis y seguimiento ambulatorio

Personal y Funciones

- Se propone un equipo formado por:
 - 3 psiquiatras.
 - 2 psicólogos.
 - 1 Trabajadora Social/Administrativa.

Psiquiatras

- ❑ “**Coordinadores antilíticos**”, gestión y supervisión de la asistencia a pacientes con riesgo suicida. Profesionales referentes de esta patología.
- ❑ Facilitar la coordinación de los dispositivos asistenciales en los circuitos existentes de la derivación preferente, continuada, de atención específica en intentos o riesgo suicida.
- ❑ Proponer asistencia ambulatoria “puente”, de visitas necesarias para asegurar la continuidad del paciente entre un circuito y otro.
- ❑ Definir planes terapéuticos individualizados (casos de primeras tentativas, o tentativas múltiples con riesgo de repetición próxima.)
- ❑ Continuar las intervenciones psicoeducativas para la prevención y detección precoz de los riesgos suicidas en el medio sanitario, docente y social.
- ❑ Ayuda psicológica a los supervivientes familiares del suicida

Psicólogos

- ❑ Terapia grupal para pacientes con riesgo suicida.
 - Se han previsto dos tipos de intervención.
 - 1. Siguiendo el modelo teórico Dialéctico Conductual.
 - 2. La terapia de intervención en la crisis.
- ❑ Terapias individuales breves, de 6 a 10 sesiones, en los casos que estén indicadas.

4ª Fase:

Evaluación de la eficacia del programa

- ❑ **Evaluación de resultados al 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 detención, 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 BadDATAS (3años)

5. Fase

Programa de sensibilización, información y educación para la prevención del suicidio

- ❑ **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.

Resultados

- El programa consiguió reducir la tasa global de tentativas de suicidio -adultos y jóvenes- en un 30%, entre 2007 y 2009

El Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid

Objetivos generales

- Desarrollar acciones preventivas en los Servicios de Psiquiatría hospitalarios, ambulatorios y de rehabilitación psicosocial
- Facilitar apoyo directo en crisis
- Reducir el riesgo de suicidio en grupos vulnerables
- Reducir la disponibilidad y la letalidad de los métodos suicidas
- Actuar en los medios de comunicación
- Investigar sobre factores de riesgo prevenibles

El Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid

Objetivos específicos

- Protocolos de actuación en los servicios sanitarios, que incluya todo el trayecto del paciente.
- Establecimiento de sistema de vigilancia de las tentativas de suicidio en colaboración con SUMMA, SAMUR, BOMBEROS, POLICIA.
- Formación del personal sanitario.
- Acciones preventivas en el medio escolar y universitario.
- Abordaje de la problemática en transporte ferroviario, puntos de defenestración y acceso de armas de fuego.
- Sensibilización de los Medios de Comunicación.

El Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid

Objetivos

- 1.-Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio
 - con amplia difusión de los datos registrados a las asociaciones de pacientes y familiares (FEMASAM).
- 2.-Implantación de procedimientos clínicos normalizados para la prevención del suicidio
- 3.-Desarrollo de programas formativos destinados a la prevención del suicidio
- 4.-Reducción del acceso a medicación.
- 5.-Fomento de la investigación de la conducta suicida

Objetivo 3:

Desarrollo de programas formativos destinados a la prevención del suicidio

- Para médicos, enfermería en Atención Primaria, servicios de emergencias médicas (SUMMA 112 y SAMUR), servicios sanitarios y sociales de atención a personas mayores, de instituciones Penitenciarias, del medio escolar y universitario, sacerdotes
- Difusión de material informativo sobre la depresión y la prevención del suicidio en centros de salud de Atención Primaria y Especializada y en Hospitales, en colaboración con FEMASAM.
- Desarrollar Programas formativos de Intervención en Familiares de Personas con suicidio consumado, en colaboración con FEMASAM.

**Muchas gracias por su
atención**

www.redaipsis.org

info@redaipsis.org