



PROGRAMA ESPECÍFICO DE ATENCIÓN AL RIESGO DE SUICIDIO EN CENTRO DE SALUD MENTAL RETIRO (PRISURE)



IPS **Marañón**



Interpsiquis 2021

XXII Congreso Virtual Internacional de
Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

Héctor de Diego, psiquiatra

Interpsiquis 2021

4 junio 2021

CONFLICTOS DE INTERESES

- ▶ El ponente de esta presentación no presenta conflictos de intereses.

Índice

Introducción

Origen

Prisure

Derivación

Valoración

Seguimiento

Evolución

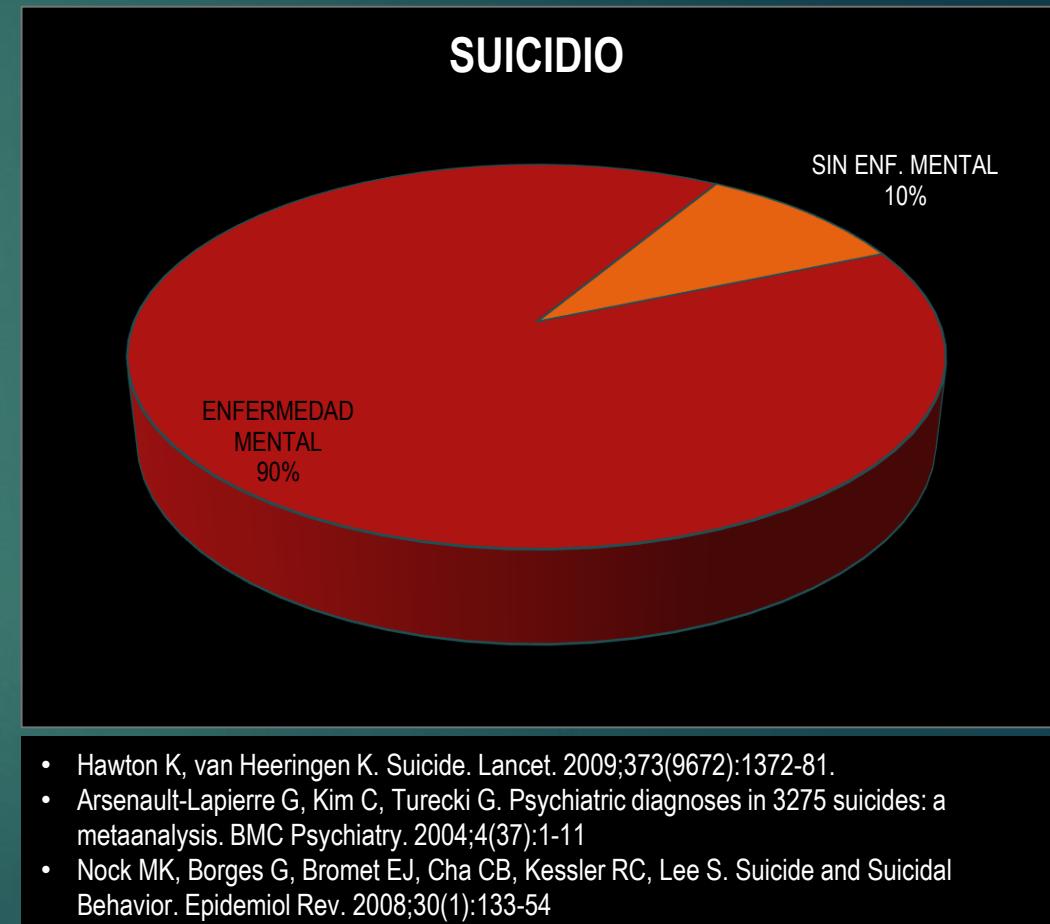
Cifras

Conclusiones

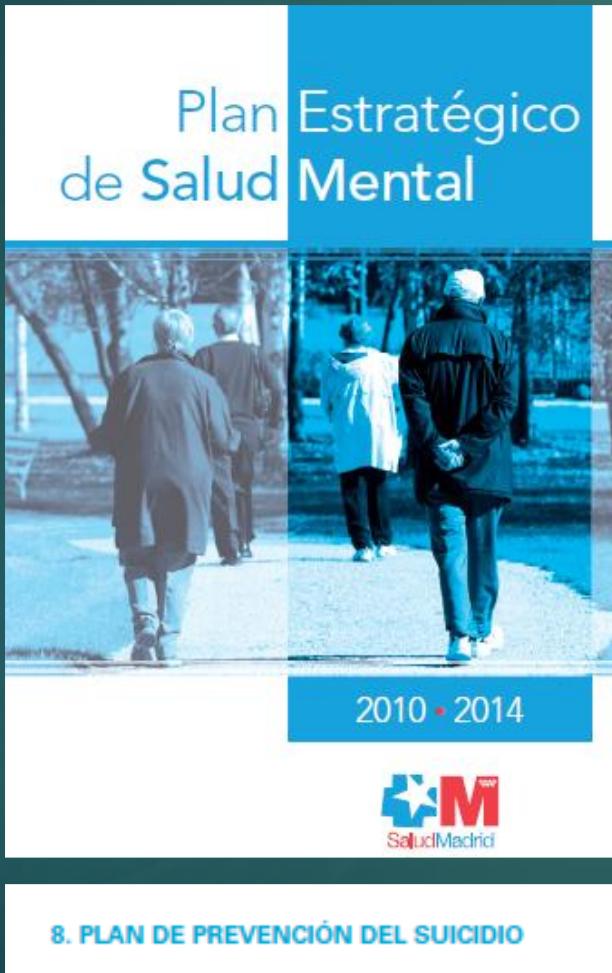
SUICIDIO Y SALUD MENTAL

- ▶ Es un indicador significativo de salud pública de la población.
- ▶ La tasa bruta de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid es de 6,9 por 100.000 habitantes en hombres y de 1,8 por 100.000 en mujeres.
- ▶ Las tasas más altas se dan en mayores de 65 años.
- ▶ La mortalidad por suicidio es casi tres veces superior en hombres que en mujeres.

- ▶ Se considera la complicación más grave de los trs. psiquiátricos.
- ▶ Tiene un origen multicausal. Factores de riesgo más determinantes son:
 - trastorno mental (90% SC): Depresión, esquizofrenia, alcoholismo, TLP, etc.
 - antecedentes de tentativas previas (40% SC).



ORIGEN



ORIGEN

- ▶ ARSUI
- ▶ El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014 estimuló a los profesionales del CSM de Retiro a iniciar un programa específico.
- ▶ Programa para dar continuidad a la atención ARSUI.
- ▶ Ofreciendo un seguimiento a las personas con riesgo de suicidio moderado-grave.
- ▶ Con medición del riesgo realizada de manera multidisciplinar y acordada en reunión de equipo.

ORIGEN: Programas específicos CSM

- ▶ Programa de Atención al Riesgo de Suicidio (PRISURE).
- ▶ Programa de psicogeriatría.
- ▶ Programa Comunitario Alcohol y Patología Dual (PRECAPD).
- ▶ Programa TLP y Grupo de Regulación Emocional.
- ▶ Programa de dolor crónico y trastorno mentales (DOLMEN) .
- ▶ Intervención Grupal para el Manejo de Ansiedad (AFRONTA).
- ▶ Intervenciones Familiares.



PRISURE

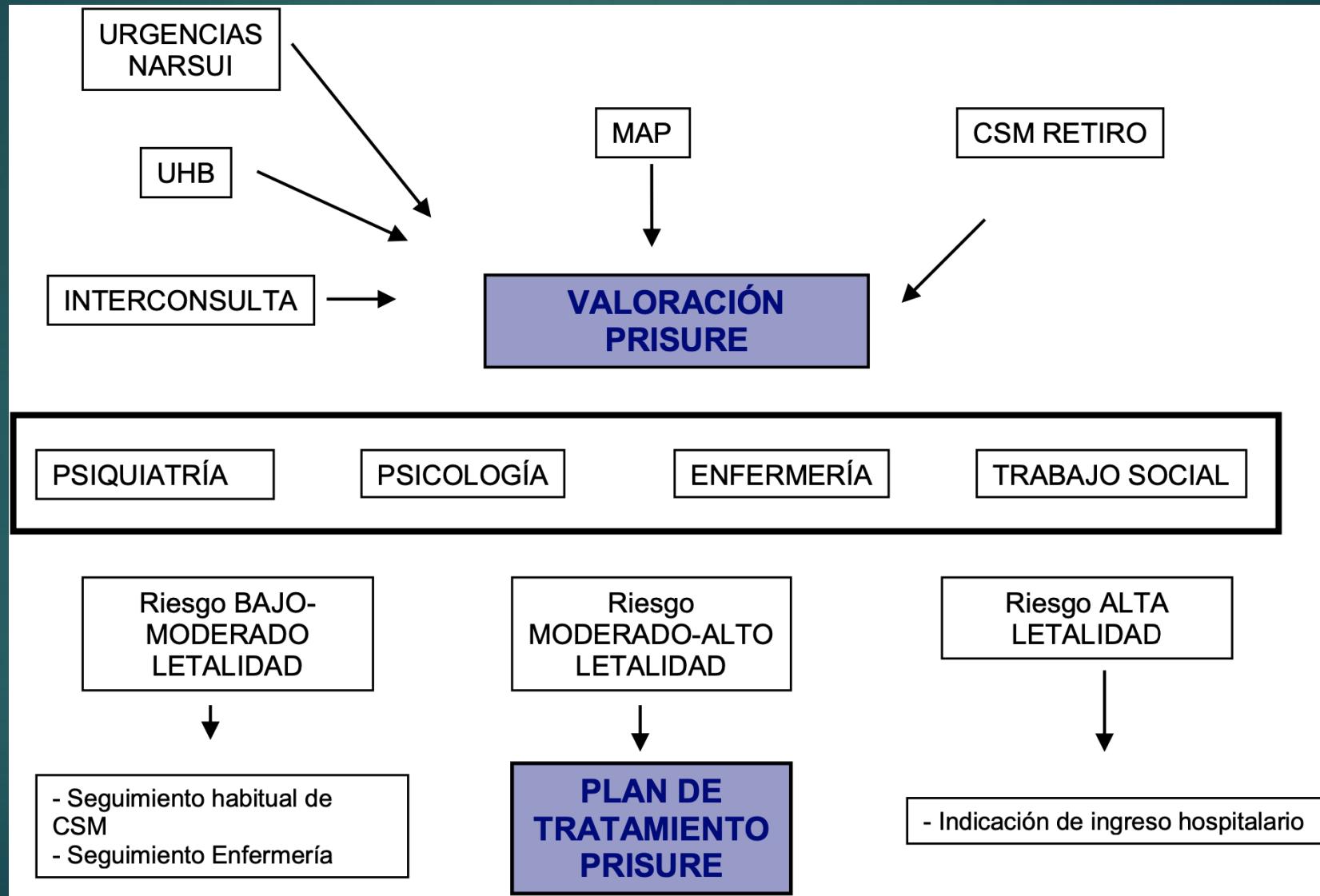
- ▶ Programa de intervención ambulatorio y comunitario.
- ▶ Atención inmediata (primera cita en una semana).
- ▶ Intensivo (alta frecuencia de citas).
- ▶ Integral y multidisciplinar (participan todas las categorías profesionales del CSM).



Objetivos

- ▶ Aumentar la supervivencia de las personas con riesgo suicida y prevenir la repetición.
- ▶ Identificar y reducir los factores de riesgo suicida.
- ▶ Identificar y potenciar los factores de protección.
- ▶ Mejorar la adaptación social.
- ▶ Valorar y movilizar los recursos externos disponibles (sociocomunitarios).
- ▶ Investigar la prevalencia clínica en nuestro medio y la eficacia y eficiencia de PRISURE.

Derivación



PRISURE

- ▶ Primera valoración intensiva para establecer el riesgo.
- ▶ Durante la primera semana (o primeras dos semanas).
- Incluye las siguientes fases:
 - ▶ Evaluación clínica (psiquiatría, psicología y enfermería).
 - ▶ Evaluación psicométrica (psiquiatría y psicología).
 - ▶ Seguimiento telefónico (enfermería).
 - ▶ Elaboración de perfil de riesgo (multidisciplinar).
 - ▶ Toma conjunta de decisiones en reunión de equipo semanal.

Enfermería

- ▶ Acogida e Información.
- ▶ Recogida de datos.
- ▶ Organización de las citas.
- ▶ Entrevista con acompañante.
- ▶ Recogida de informes previos.
- ▶ Firma del contrato y consentimiento informado.
- ▶ Elaboración de plan de seguridad.



Psiquiatría

- ▶ Valoración clínica.
- ▶ Instrumentos psicométricos y pruebas de evaluación.
- ▶ Escala de Riesgo-Rescate (A.Weisman).
- ▶ Escala SAD PERSONS Scale (Patterson y cols).
- ▶ Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).
- ▶ Orientación diagnóstica y plan de intervención terapéutica.



Psicología Clínica

- ▶ Valoración Psicológica.
- ▶ Escalas y Pruebas de evaluación.
- ▶ Escala de desesperanza de Beck.
- ▶ Escala de Ideación Suicida de Beck.
- ▶ Inventario de Razones para Vivir de Linehan.
- ▶ Escala de impulsividad de Barrat.
- ▶ Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad (SCID-II).



Trabajo Social

Si precisa, información y asesoramiento:

- ▶ Coordinación con otros recursos.
- ▶ Red de RHB.
- ▶ Recursos sociales.
- ▶ Empleo y ayudas.
- ▶ Discapacidad.
- ▶ Dependencia.



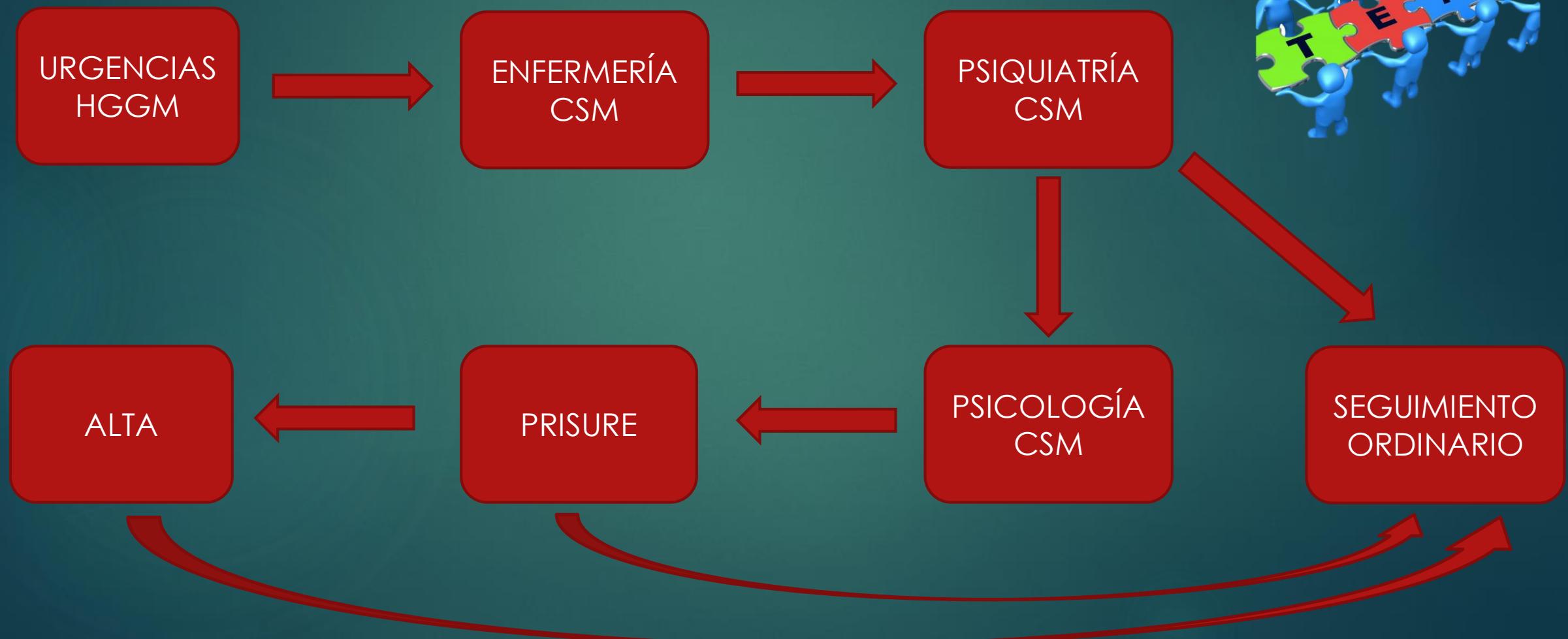


Reuniones de equipo

Seguimiento

- ▶ La duración del programa es de 3 meses, renovables.
- ▶ La intensidad de las intervenciones es mayor al principio.
- ▶ Varias citas semanales con los diferentes profesionales.
- ▶ Al menos una cita semanal con psiquiatría o psicología clínica.
- ▶ Consultas presenciales y telefónicas con enfermería
- ▶ Variación de frecuencia en función de la gravedad de los pacientes.
- ▶ Reevaluación global para decidir la actitud a seguir.
- ▶ Alta del programa y seguimiento normalizado.
- ▶ Renovar la asistencia específica durante otros tres meses.

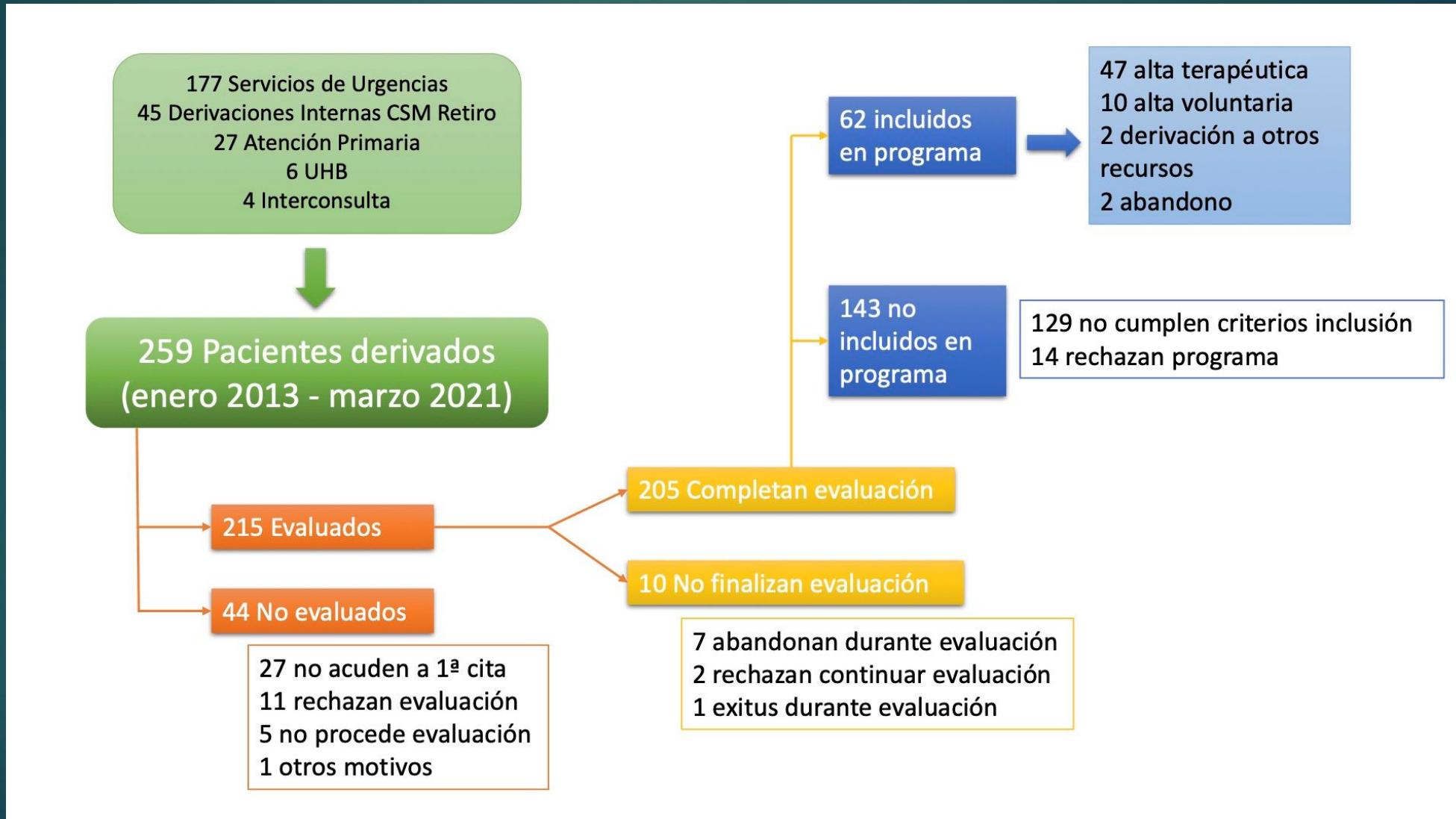
Seguimiento



A lo largo de los años

- ▶ Difusión: posters, ruedas de prensa, mesas y comunicaciones orales en congresos nacionales e internacionales.
- ▶ Creación de consulta de enfermería para la recepción de los pacientes.
- ▶ Primeras 72 horas (en ocasiones en menos de 24) desde la atención urgente.
- ▶ Reunión con asociación de supervivientes y familiares.
- ▶ Proyectos de investigación.

Cifras



Dificultades

- ▶ Ideación suicida crónica.
- ▶ Identificación con síntoma suicidio.
- ▶ Limitaciones agendas.
- ▶ Pacientes otras áreas sanitarias.
- ▶ Escaso porcentaje de pacientes con TMG.
- ▶ Factores precipitantes diversos.



Ventajas

- ▶ Enfoque multidisciplinar.
Equipo de trabajo dirigido a la atención al suicidio que anteriormente se realizaba de manera fragmentada.
- ▶ Decisiones y responsabilidad compartida.
- ▶ Detección e intensidad seguimiento.
- ▶ Experiencia piloto para la atención ambulatoria.
- ▶ Protocolo riesgo suicidio IPS HGM.
- ▶ Exportable a otros CSM (PRISUMO Moratalaz).



Conclusiones

- ▶ Estructuración asistencia riesgo suicida.
- ▶ Puerta de entrada SM.
- ▶ Trabajo multidisciplinar.
- ▶ Atención ambulatoria y comunitaria.
- ▶ Exportabilidad.
- ▶ Investigación.
- ▶ Mejora continua.





IPSMarañón