

# Informe Grupo de trabajo Depresión y suicidio en Urgencias y Emergencias hospitalarias

Un análisis multidisciplinar para optimizar el abordaje de estos pacientes sin descuidar la salud mental de los profesionales



Una publicación digital de:



C/ Barón de la Torre, 5. 28043 Madrid  
Tel.: (+34) 91 383 52 31  
[www.fundacionfundamed.org](http://www.fundacionfundamed.org)

© Todos los derechos reservados 2021

Fundación de Ciencias del Medicamento y Productos Sanitarios (Fundamed)

Fundamed se inscribió en el registro de Fundaciones del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte con el número 586 .

Los contenidos que integran este documento, entre otros: textos, imágenes, marcas, diseños, descripciones metodológicas, así como su estructura y diseño es titularidad de FUNDAMED, o está legitimada para su uso, quedando terminantemente prohibida, la modificación, explotación, reproducción, comunicación a terceros o distribución, de la totalidad o parte de los contenidos del presente documento, sin el consentimiento expreso y por escrito de FUNDAMED.

Grupo de Trabajo  
**Depresión y suicidio en Urgencias y  
Emergencias hospitalarias**

Un análisis multidisciplinar para optimizar el abordaje de estos pacientes sin descuidar la salud mental de los profesionales

COORDINADORA

**Iria Miguens Blanco**

*Médico de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. SEMES.*

PARTICIPANTES

**Coral Suero Méndez**

*Jefa de Servicio de Urgencias, Hospital de la Axarquía, Málaga. SEMES.*

**Mercedes Navío**

*Coordinadora de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad De Madrid.*

**Vicente Gasul**

*Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental. SEMERGEN.*

**Alberto Pardo Hernández**

*Subdirector General de Calidad Asistencia. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.*

**Eloina Núñez**

*Xerente da Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.*

**Ana González-Pinto**

*Presidenta. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.*

**Cecilia Borrás**

*Presidenta. Després del Suïcidi - Associació de Supervivents.*

**María Acosta Benito**

*Terapeuta ocupacional y psicóloga de emergencias. SEMES.*

## ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

**SEMES:** Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

**EFQM:** European Foundation for Quality Management

**CCAA:** Comunidades Autónomas

**CISNS:** Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

# Índice

<b>Fundamentos, objetivo y metodología</b> .....	6
<b>La depresión y el suicidio en España</b> .....	7
Contexto y situación .....	7
<b>Conclusiones del grupo de trabajo</b> .....	8
<b>Cuestionario realizado a los miembros del grupo de trabajo</b> ....	10
1. Detección de signos de alarma en la asistencia al Servicio de Urgencias y Emergencias .....	10
2. Abordaje del paciente con enfermedad de salud mental .....	12
3. Abordaje del paciente con conductas suicidas .....	15
4. Seguimiento y continuidad asistencial de los pacientes con patología de salud mental .....	17
5. Detección de pacientes vulnerables .....	20
6. Información y gestión del suicidio en medios de comunicación ....	22
7. Impacto sobre los profesionales de Urgencias y Emergencias en la atención al paciente con patología de salud mental .....	25
<b>Bibliografía</b> .....	29

# Fundamentos, objetivo y metodología

El presente documento tiene como principal objetivo realizar un análisis de la situación del abordaje de la depresión y el suicidio en los servicios de Urgencias y Emergencias hospitalarias.

Se trata, por una parte, de establecer los signos de alarma que evalúen el riesgo de suicidio o de padecer enfermedad mental, con el foco en los trastornos ansiosos depresivos.

Además, en el abordaje del paciente con patología de salud mental se establecen tres objetivos: la realización de un protocolo aplicable de forma genérica en cualquier Servicio de Urgencias y emergencias, contemplar los principales aspectos médicos-legales en su abordaje y hacer hincapié en la atención al paciente adolescente.

Con respecto a los pacientes con conductas suicidas, los objetivos principales son la protocolización en este tipo de pacientes y la valoración del riesgo suicida y el ingreso.

El seguimiento y la continuidad asistencial de los pacientes con patología mental constituye otra de las áreas de interés de este grupo de trabajo. En este punto, los objetivos pasan por definir aquellos pacientes en los que se precisa un seguimiento concreto por parte de los centros de Salud Mental, Psicología, Psiquiatría o médico de atención primaria. Asimismo, se analizan las áreas de mejora de la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

Otro aspecto esencial es la detección de pacientes vulnerables. Junto a su identificación, se definirán los recursos para asegurar su situación y potenciar las actividades preventivas.

En este análisis, también se plantea un debate sobre la información del suicidio en los medios de comunicación. En este punto, el propósito principal es definir las líneas estratégicas de comunicación con objetivos claros: prevenir y detectar, al mismo tiempo que informar de los diferentes recursos disponibles.

Para finalizar, y teniendo en cuenta el impacto de la pandemia en la salud mental de los propios profesionales de estos servicios, el grupo de expertos también analizará las patologías principales en este terreno: burn out y patología postraumática post-COVID.

De igual modo, se sentarán las bases para protocolizar la asistencia en el cuidado a profesionales en Urgencias, determinando dónde pueden recurrir si precisan ayuda especializada.

Para alcanzar todos estos objetivos, se ha fomentado un espacio de diálogo y debate intelectual multidisciplinar con un grupo de profesionales especialistas en Urgencias y

Emergencias, Psicología, Psiquiatría, Medicina Familiar y Comunitaria, así como del entorno de la Gestión Sanitaria y los afectados por suicidio.

**Fundamed** ha impulsado este grupo de trabajo debido a la necesidad de reflexionar sobre la situación actual de la depresión y el suicidio en las urgencias hospitalarias en colaboración con la **Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias**. (SEMES).

# La depresión y el suicidio en España

## Contexto y situación

Las cifras de las personas con depresión van en aumento desde 1990. Se estima que alrededor de un 10 por ciento de la población mundial está afectado y, según la OMS, los trastornos mentales representan un 30 por ciento de la carga mundial de enfermedad no mortal.

Sin embargo, es frecuente que los episodios depresivos sean recurrentes y pueden volverse persistentes o crónicos si no se realiza el tratamiento adecuado. Hay numerosos estudios que ponen de manifiesto la fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sobre todo, entre los grupos más vulnerables como los ancianos y adolescentes.

Casi 3 millones de personas tienen un diagnóstico de depresión en España, lo que la convierte en la enfermedad mental más prevalente en nuestro país. Además, se suicida una persona cada dos horas y media, siendo el suicidio la causa externa de mortalidad más frecuente. Usando las estimaciones disponibles a nivel población, parece que cada persona que se muere por suicidio en España habría 10 personas que lo intentan, y de cada persona que lo intenta habría 14 que lo piensan.

Con estos datos, los expertos tienen claro que estamos ante un problema de salud pública, cuya tendencia está en alza.

Además, no hay que olvidar que la pandemia de la COVID-19 ha agravado la situación. No solo para los pacientes, también para los profesionales sanitarios, ya que ha supuesto un riesgo de afectación de su salud mental. Los datos apuntan al personal de UCIs, Urgencias y Emergencias, plantas de hospitalización médica con pacientes COVID19, y de Atención Primaria y residencias como los profesionales con más riesgo.

Entre los profesionales de primera línea, los estudios recientes revelan un aumento de más del 50 por ciento de la sintomatología de depresión, ansiedad y el insomnio.

# Conclusiones del grupo de trabajo

TEMAS A ANALIZAR	CUESTIONES	CONCLUSIONES
<p><b>1. Detección de signos de alarma en la asistencia al Servicio de Urgencias y Emergencias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herramientas de ayuda a la detección de los signos de alarma.</li> <li>- Cómo afrontar el rechazo del paciente al diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formación y concienciación sobre prevención del suicidio para todos los profesionales del servicio: médicos, enfermería, auxiliares, celadores... es clave. Además, es preciso diseñar una herramienta sencilla y accesible que permita tener a mano una evaluación rápida de riesgo de suicidio.</li> <li>- Es precisa la incorporación de la enfermería de salud mental en los servicios de urgencias.</li> </ul>
<p><b>2. Abordaje del paciente con enfermedad de salud mental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje más allá de la práctica clínica.</li> <li>- Diferencias entre las conductas propias de los adolescentes vs. patología de salud mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un entorno estructural humanizado. Es preciso la búsqueda de espacios adecuados tanto para la estancia del paciente como la entrevista. Ítems a individualizar en el paciente. Es importante tener en cuenta la valoración de la situación social del paciente; antecedentes médicos y psiquiátricos.</li> <li>- El trabajo colaborativo y multidisciplinar es fundamental. El sistema sanitario debe ser flexible para mantener la atención con el especialista con independencia de la edad. Integrar a la familia en el abordaje del paciente adolescente.</li> </ul>
<p><b>3. Abordaje del paciente con conductas suicidas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de la patología de Salud Mental en las urgencias.</li> <li>- Estratificación de pacientes según edad, sexo, factores de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entorno adecuado para reducir el nivel de ansiedad y angustia del paciente. Es importante la formación de profesionales para potenciar competencias y habilidades. Incorporación de la enfermera de salud mental.</li> <li>- Los jóvenes y las personas mayores acumulan mayor riesgo por los diferentes momentos evolutivos y vitales. Los hombres tienen más riesgo de muerte por suicidio que las mujeres. Los factores ambientales también podrían influir.</li> </ul>



TEMAS A ANALIZAR	CUESTIONES	CONCLUSIONES
<b>4. Seguimiento y continuidad asistencial de los pacientes con patología de salud mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuidad asistencial.</li> <li>- Interoperabilidad.</li> <li>- Monitorización de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La comunicación entre diferentes niveles asistenciales es la base de la atención de la patología psiquiátrica.</li> <li>- Facilitar el acceso a la historia clínica completa es preciso. La historia única interoperable y tarjeta sanitaria única son dos herramientas fundamentales para garantizar la atención adecuada.</li> <li>- Es necesario aprovechar el potencial de la telemedicina. Invertir en recursos. Reforzar el rol de atención primaria.</li> </ul>
<b>5. Detección de pacientes vulnerables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolos en pacientes que sufren violencia de género.</li> <li>- Sistema de alerta en colegios/ institutos con el Sistema Nacional de Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guías de actuación específicas y referentes profesionales en los centros de salud mental.</li> <li>- Reforzar la educación en el ámbito escolar. Proyectos específicos para profesores, alumnos y familias.</li> </ul>
<b>6. Información y gestión del suicidio en medios de comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias de comunicación.</li> <li>- Mitos y tabúes.</li> <li>- El papel de los medios de comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la formación de los periodistas, desde las facultades de Ciencias de la Información.</li> <li>- Alcanzar un compromiso con los principales grupos de comunicación para vincular la información relacionada con un caso de suicidio con un recurso de prevención.</li> <li>- Potenciar la figura del psiquiatra y el hecho de acudir a consulta.</li> <li>- Trabajo conjunto y multidisciplinar con especialistas en salud mental.</li> </ul>
<b>7. Impacto sobre los profesionales de Urgencias y Emergencias en la atención al paciente con patología de salud mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia y profesional con patología mental.</li> <li>- Infradiagnóstico de la patología de salud mental en los profesionales sanitarios.</li> <li>- La pandemia y los profesionales de Urgencias y Emergencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profundizar en las necesidades de los profesionales de Urgencias tras un año de pandemia para reforzar la respuesta desde los dispositivos de salud mental.</li> <li>- Es necesario facilitar recursos profesionales de apoyo, así como material y acceso a grupos de apoyo.</li> </ul>

# Cuestionario realizado a los miembros del grupo de trabajo

## 1. Detección de signos de alarma en la asistencia al Servicio de Urgencias y Emergencias

Cada día fallecen por suicidio diez personas en nuestro país. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2018 la tasa fue de 7,6 suicidios por cada 100.000 habitantes<sup>1</sup>, una cifra que aún no recoge el impacto de la crisis sanitaria. Pero ¿cuántos de ellos han pasado por un Servicio de Urgencias?

Por otra parte, y en tiempos también previos a la COVID-19, la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017<sup>2</sup> ya situaba en un 10,8% el porcentaje de diagnósticos de patología mental en nuestro país, una cifra que pasa por alto el elevado porcentaje de infra diagnóstico en muchas de ellas o la negativa a la consulta por parte de algunos pacientes con problemas de salud mental.

Tampoco se ha de perder de vista, y es algo que añade complejidad a su abordaje en los servicios de Urgencias, que gran parte de los motivos de consulta de estos pacientes no se relaciona con sintomatología específica de salud mental. Además de los fenómenos de somatización, los propios afectados ocultan parte de estos síntomas o esquivan la consulta por el estigma que pesa sobre este tipo de enfermedades. Además, en estos servicios, la asistencia tiempo-dependiente limita las posibilidades de establecer diagnósticos de sospecha<sup>3</sup>.

En cuanto a la valoración del riesgo suicida en los pacientes que acuden a Urgencias, desde hace años se utilizan escalas como la de Beck, Sad Persons o IS PATH WARM<sup>4</sup>. Se

---

1 Instituto Nacional de Estadística. INE 2019.

2 Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017).

3 HAVE M, DE GRAAF R, VAN DORSSLAER J, VERDURMEN H, VAN'T LAND S, VOLLEBERH W et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 824-833

4 Proyectos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Proyecto: Detección temprana, tratamiento y prevención de la reincidencia de las tentativas de suicidio 2013-2015. Observatorio de Salud de Asturias EDITA: Inforsan. Sección de Información Sanitaria. Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad.

trata de herramientas que aportan una evidencia útil, con sus fortalezas y debilidades y que es preciso adaptar a la práctica clínica habitual.

La alta demanda asistencial es uno de los factores que impulsan, hoy en día, un cambio en la práctica clínica sobre la base de que la multidisciplinariedad es el denominador común de los pacientes en áreas como la salud mental.

***En la asistencia en Urgencias la condición de la tiempo-dependencia ocasionalmente constituye el argumento principal para no hacer una evaluación exhaustiva de los principales signos de alerta, ¿Qué herramientas nos ayudarían en la detección de los signos de alarma?***

La evaluación de las conductas potencialmente suicidas tiene una gran dificultad para los profesionales de los servicios de urgencias y, por tanto, es importante la utilización de escalas consensuadas con los profesionales de salud mental, para identificar estas situaciones. Además de las habituales, como la de Beck, proponen hacer una *check list* para que en el triaje se valore el riesgo.

Algunos expertos remarcan que los signos de alarma se detectan mejor en las urgencias que son atendidas por psiquiatras.

De forma complementaria, es útil promover la sensibilización y la formación de los profesionales de estas áreas. Los expertos consideran importante trabajar en los mitos y falsas creencias en torno a las señales de riesgo suicida entre los propios profesionales: “lo hace para llamar la atención”. La depresión sobre todo en población madura puede ser infradiagnosticada como un cuadro de ansiedad.

Como complemento a la formación, la revisión de casos clínicos y sesiones junto a profesionales de la salud mental es otra de las herramientas. Es fundamental, apuntan, establecer un decálogo sencillo para las consultas de urgencias a título informativo, donde se incluyan los principales signos de alerta en función de colores (como un semáforo).

Hay que sensibilizar de manera que cualquier profesional implicado en la atención a estas personas con riesgo de suicidio pueda tenerlo presente. Hay profesionales que pueden ayudar partiendo desde la escuela, por ejemplo, el farmacéutico comunitario, que puede detectar cambios que pueden inducir a pensar que está sucediendo algo, con cuidado para no alertar.

### ***¿Cómo se puede afrontar el rechazo diagnóstico o de riesgo por parte de aquellos pacientes que no aceptan sufrir patología en salud mental?***

Existe un problema real cuando el paciente no reconoce que su patología está relacionada con la salud mental. Es importante frente a esta realidad escuchar a los familiares y realizar un abordaje a través de ellos, pues conductas que el paciente presenta como normales pueden ser el indicador de un proceso patológico.

Precisamente, en estos servicios la asistencia tiempo-dependiente limita las posibilidades de hacer diagnóstico de sospecha. Es una percepción que tienen los familiares de personas fallecidas por suicidio: poco tiempo de dedicación “abandono” y, por consiguiente, un peligro de incremento del riesgo de nueva tentativa: “no importo a nadie”.

Las técnicas de intervención en crisis incluyen el abordaje de estas situaciones complejas. Por tanto, la formación vuelve a jugar un papel fundamental. En opinión de estos especialistas debería existir la posibilidad de poder consultar a un experto en salud mental 24/7/365. Aquí cobran especial importancia las enfermeras de salud mental, además de los médicos generales y psiquiatras.

En cuanto al paciente y su ‘rechazo’ a la enfermedad, los expertos consideran importantes aspectos como: utilizar el diagnóstico para ayudar al paciente, informar del tratamiento; explicar cómo afecta la enfermedad al entorno del paciente, hacer participe a la familia y allegados en el proceso de evaluación y tratamiento y garantizar un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.

## **2. Abordaje del paciente con enfermedad de salud mental**

Se estima que alrededor del 30% de los motivos de consulta en los Servicios de Urgencia están relacionados con las patologías de salud mental<sup>5</sup>. Son datos aún provisionales que no reflejan las impresiones de los profesionales sanitarios expertos en la materia, que perciben de manera clara un ascenso en la situación actual.

Se trata, además, de pacientes que no solo generan una alta demanda asistencial, sino que requieren una asistencia diferente a la medida de su patología.

---

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Estadística. INE 2019.

El contexto propio del paciente añade una complejidad incuestionable en estos casos: tabú, estigma social, condicionantes laborales y del entorno, aislamiento, incomprensión, rabia<sup>6</sup>...

Son elementos que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar un abordaje óptimo de este tipo de patología y que también han de servir para ayudar al paciente a reconocer que necesita ayuda de modo que pueda acceder a los recursos necesarios.

En su día a día, el profesional de Urgencias se enfrenta a múltiples dudas en este abordaje específico. Desde ¿hasta dónde debo preguntar, hasta incluso los aspectos médicos-legales que les amparan en beneficio de los pacientes. El entorno en el que se desarrolle la atención, la intimidad y el vínculo que se logre establecer o el hecho de asegurarse de que el paciente ha comprendido la enfermedad y el seguimiento tienen una gran trascendencia en este abordaje.

Por último, y teniendo en cuenta el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de jóvenes y adolescentes, es imprescindible detenerse en la atención a estos pacientes. Un perfil con características especiales que puede verse marcado por la patología mental en la medida que condiciona su futuro y su desarrollo<sup>7</sup>.

### ***¿Es suficiente un protocolo? ¿Cómo podríamos mejorar su abordaje más allá de la mera parte clínica?:***

#### **Entorno estructural. Las Urgencias suelen ser un área hostil para la asistencia. Propuestas de mejora en el confort de la asistencia.**

La búsqueda de espacios estructurales adecuados es uno de los grandes retos. Un espacio no solo para la estancia, también para la entrevista. No hay que perder de vista la sobrecarga asistencial con la que cuentan estas áreas. Algunos expertos consideran que lo ideal sería una sala específica con zonas individualizadas de acceso a familiares y acompañantes. Además, buscar la seguridad del paciente con entornos seguros (no ventanales, instrumentos cortantes, sustancias tóxicas, medicación).

En cualquier caso, en la medida que el medio esté más humanizado la asistencia será más fácil. Existe la experiencia con las intervenciones de apoyo a mujeres que han sufrido agresiones sexuales. Por lo que las personas con enfermedad mental también deberían ser atendidas en medios más humanizados.

6 Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf)

7 Froján MX. Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Madrid: Pirámide. 2006.

Con todo, a pesar de que las infraestructuras son muy importantes, hay autores que destacan que no hay que perder de vista que lo determinante en salud mental es el factor humano. Es importante no estigmatizar la atención a estos pacientes, al individualizarlos. La competencia profesional marca la diferencia y los conocimientos específicos teóricos y procedimentales son imprescindibles: psicopatología, psicofarmacología y técnicas de intervención en crisis y psiquiatría legal básica. Estos conocimientos reducen la incertidumbre y combaten el estigma en el ámbito profesional.

### **Ítems a individualizar en el paciente con enfermedad en salud mental.**

El protocolo y la difusión de la existencia de un protocolo es una parte fundamental del trabajo a desarrollar. Estos son documentos dirigidos a facilitar el trabajo clínico, elaborados mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de “acuerdo a cumplir” y se adapta al entorno y a los medios disponibles en ese entorno. Estos protocolos se deberían completar con formación y el apoyo de profesionales expertos.

Es importante, apuntan, tener en cuenta la valoración de la ingesta de tóxicos como desencadenante, la situación social del paciente, la procedencia, si ha tomado la iniciativa de forma voluntaria o involuntaria, los antecedentes tanto médicos como psiquiátricos que ayudarán en la decisión diagnóstica y las medidas terapéuticas domiciliarias y adoptadas en el área de Urgencias. Por último, el entorno del área de Urgencias en la que se realiza la asistencia, disponibilidad de salud mental, Unidad de Agudos, Trabajadora Social.

### ***¿Qué condiciona la atención al paciente adolescente? ¿Cómo diferenciar las conductas “propias” de la adolescencia vs. patología de salud mental?***

En los pacientes adolescentes es necesario un trabajo colaborativo y multidisciplinar más preciso, ya que se trata de un paciente más complejo. Cuentan con un rasgo importante: la impulsividad, que exige que se les preste mucha atención, porque en muchas ocasiones no tienen un plan estructurado pero un arranque lo consume. Los expertos creen que con los adolescentes no se deben considerar normales las amenazas o intentos de suicidio. Cualquier cambio en la sociabilidad del menor o en el rendimiento académico debe considerarse riesgo de enfermedad mental, y hacer un diagnóstico diferencial. Los adolescentes tienen con más frecuencia conductas disruptivas. No se debe olvidar que responde a un malestar interno.

Es importante también indagar sobre su situación social, rendimiento académico y su nivel de estrés ante la responsabilidad que implica la entrada en la vida adulta.

Además, en estos pacientes el sistema sanitario debería ser flexible para mantener la atención con el especialista que está dando resultados con independencia de la edad.

La adolescencia está en el período de transición entre la psiquiatría infantil y la del adulto, entre la Pediatría y la Medicina Interna, eso son dificultades adicionales que obligan a sentarse y a estructurar la atención con equipos mixtos de infantil y de adultos, y con personal especialmente entrenado en la patología del adolescente.

No hay que olvidar que la familia es fundamental en el abordaje y seguimiento de estos pacientes. Los especialistas insisten en que no se puede dejar a su elección el hecho de recibir atención sanitaria. Es preciso planificar una respuesta a todos los niveles.

Existe la experiencia en Cataluña de un Equipo Clínico de Atención Domiciliaria para casos de 11-18 años que son “absentistas de servicios”.

En este sentido es preciso sensibilizar a los profesionales, más allá del ámbito sanitario. Se podría vincular la salud mental al ocio/ deporte para establecer una red para un plan terapéutico alternativo.

No hay que perder de vista que estamos ante un nuevo paradigma para una nueva generación (jóvenes) que se comunican de forma diferente y alternativa al adulto. De nuevo, la formación se alza como la mejor herramienta.

### 3. Abordaje del paciente con conductas suicidas

En los cinco primeros meses de 2020, el suicidio se mantuvo como primera causa de muerte externa, con 1.343 fallecimientos registrados según el Instituto Nacional de Estadística<sup>8</sup>.

Ante estas cifras, una pregunta que se plantean muchos profesionales sanitarios es cuántas muertes se hubiesen podido evitar.

La valoración del paciente con riesgo o intento de suicidio constituye un auténtico reto para los profesionales en Urgencias<sup>9</sup>. Los factores que determinan la asistencia son diferentes. El principal es la estabilización del paciente en relación con la patología urgente que constituye una cuestión vital inmediata. En el caso de las personas con patología mental, el paciente se encuentra en un momento agudo de su patología en el que su vulnerabilidad es máxima.

<sup>8</sup> INE, 2020

<sup>9</sup> Al-Halabí S, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale(Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2006;9(3):134- 142.<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>

Junto a la estabilización inicial en Urgencias, también se ha de valorar la intencionalidad, el riesgo de suicidio y establecer una línea de asistencia, ingreso y seguimiento. En todo este proceso, hay que contemplar otros elementos como el apoyo social y familiar, la situación o no de vulnerabilidad, etc. En definitiva, la complejidad ante estas situaciones exige dos elementos clave: que la formación y la rigurosidad estén claramente implementadas<sup>10</sup>.

En el caso de la atención en Urgencias, uno de los factores que más limitan es el tiempo. No obstante, estrategias como la de la *Consellería* de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana remarcan que la entrevista con el paciente ha de ser dirigida, pero sin prisa<sup>11</sup>. En cualquier caso, es necesario buscar el equilibrio y conseguir que, en la dinámica asistencial tiempo-dependiente sea posible asistir y tratar a los pacientes con intentos autolíticos buscando la excelencia.

### ***Más allá de la patología orgánica, ¿cómo podríamos gestionar el miedo, la ansiedad, la patología en salud mental desde la llegada de estos pacientes?***

El entorno adecuado para la asistencia a estos pacientes es un ambiente tranquilo, de confianza, seguridad y cercanía con el objetivo de reducir el nivel de ansiedad y angustia del paciente. La atención al paciente con conducta suicida debe darse en un ambiente tranquilo. El paciente debe sentirse escuchado, cuando quiere comunicarse, lo cual no ocurre siempre. Además, el paciente debe sentirse atendido. Es por ello que la puerta de entrada debe estar entrenada en la asistencia (administrativos, enfermeras de triaje...). Sin olvidar que los pacientes graves requieren medicación inmediata. De nuevo, las competencias y habilidades del profesional son vitales para la gestión. En este sentido, incorporar en este proceso a la enfermera de Salud Mental como acompañante es fundamental.

Los expertos remarcan la importancia de contar con protocolos específicos de prevención en urgencias, algo que sería particularmente útil en aquellos hospitales donde no hay psiquiatra de guardia. La Guía de práctica clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida del Ministerio revisada en 2020 puede ser muy útil en este sentido.

Por tanto, es necesario diseñar una herramienta sencilla y accesible que permita tener a mano una evaluación rápida de riesgo de suicidio.

<sup>10</sup> WHO. Preventing suicide. A resource for general physicians . Geneve: 2000.

<sup>11</sup> Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-de-salut-mental>.



***¿Qué papel juega la edad en este riesgo? ¿Debemos establecer los protocolos de riesgo y gestión en la asistencia por tramos de edades, sexos, factores de riesgo aunque estos mismos sean la edad y el sexo?***

Los datos apuntan a que los jóvenes y personas mayores acumulan mayor riesgo por los diferentes momentos evolutivos y vitales. Sería importante el establecimiento de pautas diferenciadas en función de la edad. Las características de la adolescencia, por ejemplo, no son las mismas que las de un paciente de edad intermedia o anciano. Los adolescentes tienen conductas más imprevisibles. Los pacientes ancianos o con dolor o con enfermedades no curables requieren especial atención. Asimismo, los pacientes con abuso o dependencias de alcohol o sustancias también pueden requerir observación. No hay que perder de vista los factores de riesgo ambientales que también podrían influir.

En general los hombres tienen más riesgo de muerte por suicidio que las mujeres. En el caso de pacientes con trastorno bipolar el riesgo es similar. Todo paciente suicida debe ser valorado por un psiquiatra, y todos deben ir a Urgencias. Hay diferentes grados, pero una vez aliviado al paciente el psiquiatra debe evaluar para decidir si se ingresa o no. Hay pacientes que no requieren ingreso en psiquiatría, pero requieren valoración en Servicio de Medicina Interna.

## 4. Seguimiento y continuidad asistencial de los pacientes con patología de salud mental

La variabilidad clínica en salud mental se sitúa en un 5-100% según el documento de 'Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental' publicado por el Ministerio de Sanidad en 2014.

Los datos no han mejorado desde entonces y la falta de continuidad entre los diferentes niveles asistenciales constituye uno de los principales caballos de batalla en la atención a estos pacientes.

Sobre este aspecto, algunos modelos como el EFQM (*European Foundation for Quality Management*) plantean una visión transversal frente a esquemas clásicos.

Documentos como el mencionado, ponen en foco en la multidisciplinariedad como elemento clave en la atención a la patología de salud mental, y no solo por la repercusión en los ámbitos, el entorno y el paciente, sino en lo relativo a la asistencial profesional que ha de ser plantearse de forma transversal y no vertical<sup>12</sup>.

La patología de salud mental supone hasta un 30% de los motivos de consulta en los Servicios de Urgencias y Emergencias<sup>13</sup>. Los profesionales sanitarios perciben ya un aumento claro en esta tendencia, aunque es pronto para cuantificar su dimensión y sus consecuencias.

Es preciso que los profesionales conozcan los diferentes recursos de seguimiento y soporte para adaptarlos al paciente y asegurarse de que el seguimiento se lleva a cabo.

Sobre esta base, está claro que la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales es un objetivo principal para un abordaje óptimo del paciente con patología de salud mental<sup>14</sup>.

Una meta que es posible alcanzar con la ayuda de herramientas informáticas, TICs o estructuras como las comisiones por áreas sanitarias, entre otras propuestas que han de ser objeto de estudio.

### ***¿Cómo podríamos asegurar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales?***

La comunicación entre diferentes niveles asistenciales es la base de la atención de la patología psiquiátrica. Precisamente el hecho de que el historial clínico de los pacientes psiquiátricos se encuentre en situación de accesibilidad exclusiva para los profesionales de salud mental genera una grave distorsión en la atención urgente.

Existen diferentes fórmulas organizativas y tecnológicas para facilitar esta comunicación. En este sentido, los autores citan a nivel organizativo las gerencias únicas, la existencia de directores de continuidad asistencial o a nivel más micro la existencia de profesionales referentes o consultores en una patología concreta.

---

12 Ministerio de Sanidad y Gobierno de España. Transversalidad y continuidad asistencial en Salud Mental. 2014.

13 Urgencias Psiquiátricas en el Hospital General. Rodrigo Nieto y cols. REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(6) 914-922]

14 Hepp U. Psychiatric emergencies in the outpatient setting. Praxis (Bern 1994). 2014;103(9):503-10

A nivel tecnológico, también existen varias posibilidades comenzando por la existencia de una historia única, preferentemente electrónica o bien la posibilidad de acceder a la información desde diversos puntos del sistema asistencial, la existencia de canales seguros telemáticos para compartir información o la consulta telemática dentro de las diferentes posibilidades que oferta la telemedicina.

En España contamos con experiencias como en País Vasco con la figura de la enfermera de enlace de salud mental, que detecta cualquier asistencia a urgencias, e ingresos. También juega un papel importante la historia clínica unificada con un alcanza comunitario. Se puede contar con protocolos de informe de alta (100% al alta), cita tras el alta (menos de 7 días), reuniones de coordinación y otras acciones.

Sin duda las TICs pueden resultar muy útiles bajo determinadas formas, códigos asistenciales específicos, interoperabilidad y apps específicas de seguimiento.

***Parece obvio que las TICs, sistemas informáticos, el hecho de no tener una historia clínica electrónica única nacional... son condicionantes en esta comunicación. ¿Qué podríamos hacer?***

El acceso al historial clínico de los pacientes es básico para las situaciones de atención urgente. Es necesario conocer íntegramente los antecedentes, episodios previos, tratamientos, seguimiento clínico, etc. de los pacientes atendidos en Urgencias, desde la Atención Primaria hasta el ámbito de la salud mental.

A los pacientes hay que advertirles que la salud mental es una parte de la salud y si se oculta un episodio del historial se dificulta su seguimiento. Es necesario, por tanto, educarles en la idea de que es necesario que permitan el acceso a episodios de su vida más allá del especialista que lo ha atendido para optimizar su seguimiento.

Los expertos están convencidos de que el Ministerio debe liderar esta realidad. Existen fondos europeos de recuperación y estructuras como la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS; acciones (reuniones, documentos, propuestas razonadas, etc.) que deberían encaminarse a sensibilizar y promover su actuación en esta materia.

Es necesario una historia clínica única a nivel nacional como ocurre en muchas comunidades. Hasta entonces, existen otras herramientas como telemedicina, tarjeta sanitaria única nacional así como la unificación en los sistemas de registro y evaluación de datos.

### **¿Cómo gestionar a los pacientes que sabemos que no van a realizar un seguimiento según se indica tras valoración en Urgencias?**

Es importante conocer el motivo por el que el paciente no quiere seguir su abordaje asistencial tras su valoración en urgencias. La experiencia propia o percibida en otros condiciona la actitud en el manejo de la salud mental.

El abordaje multidisciplinar es clave, pero también lo son los recursos y la financiación de los mismos.

El médico de familia es fundamental, por tanto, hay que reforzar el abordaje en atención primaria. Este nivel asistencial podrá realizar una valoración individualizada o bien a través de los familiares. Posteriormente, se enviará copia del informe médico con las recomendaciones pertinentes.

Las familias también pueden ayudar y facilitar su monitorización, ya sea a través de familiares o allegados, o a través de llamadas telefónicas, citas o la utilización de la telemedicina de forma proactiva.

## **5. Detección de pacientes vulnerables**

En el día a día de los Servicios de Urgencias y Emergencias la asistencia a la sintomatología relacionada con la patología de salud mental o los intentos autolíticos es solo una parte del trabajo. Detectar a tiempo los grupos vulnerables constituye igualmente una labor fundamental.

Factores como los antecedentes personales y familiares de patología en salud mental o abuso de tóxicos están sólidamente establecidos por la literatura científica<sup>15</sup>, pero los profesionales deben activar un radar en muchos otros grupos, más aún en un contexto de crisis sanitaria, social y económica.

Entre los factores de vulnerabilidad se sitúan la exposición al desastre, a la violencia, las pérdidas, los conflictos, el aislamiento social o los duelos patológicos<sup>16</sup>, entre otros. Se incluyen también refugiados o migrantes<sup>17</sup>, al igual que grupos minoritarios o expuestos a

15 Sher L. Alcohol consumption and suicide. QJM. 2006;99(1):57-61

16 Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev Neuropsiquiatr. 2012; 75 (1): 19-28

17 Bursztein-Lipsicas, C.B., Makinen, I.H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lonnqvist, J., Michel, K., Renberg, E.S., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Varnik, A., & Wasserman, D. (2011). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47 (2), 241-251

la exclusión social, como el colectivo LGBT, reclusos, víctimas de violencia de género, etc. Resulta fundamental plantear cómo es posible anticiparnos a este riesgo<sup>18</sup>.

La situación vivida en el último año exige realizar una nueva definición de los pacientes vulnerables. Establecer sistemas de detección y de alarma que faciliten la atención a estos grupos. Además, y aunque suponga un trabajo arduo, no se ha de finalizar aquí. Se ha de trabajar de forma específica en los diferentes grupos para asegurar que se ofrece una asistencia adaptada a sus necesidades y circunstancias<sup>18</sup>.

***En el caso de las mujeres víctimas de violencia de género, ¿creéis que debemos establecer un apoyo protocolizado en términos de salud mental? Parece obvio que la asistencia a las víctimas debería ser multidisciplinar, pero no siempre es así. A veces incluso por la propia reticencia de las víctimas.***

Las víctimas de violencia de género son un grupo muy vulnerable, que deben de ser valorados con un protocolo especial – Unidad de Atención a la Víctima. Es una cuestión habitual en estos servicios. Comentan que se suelen encontrar rasgos psicopatológicos, en ocasiones causa y en otras, consecuencia de la situación vivida. Romper las reticencias de las víctimas solo se consigue mediante atenciones en acto único, que evitan el daño moral continuado y el complejo de autculpabilización.

En algunas comunidades autónomas como Madrid existen guías de actuación específicas y referentes profesionales en todos los centros de salud mental, además de un programa hospitalario específico y una línea estratégica de formación continuada permanente.

En Galicia, por ejemplo, se está trabajando en el seguimiento especial de aquellas mujeres con presencia de factores de riesgo de suicidio, en el momento de ser diagnosticadas de víctimas de violencia de género y cuando existe un mal pronóstico de sus circunstancias.

---

<sup>18</sup> Petronis K, Samuels J, Moscicki E, Anthony J. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990;25:193-199.

***¿Creéis útil establecer un sistema de alerta en colegios / institutos con el Sistema Nacional de Salud ante cambios de conducta, comportamientos... que pueden condicionar su diagnóstico en salud mental?***

Un sistema de alerta es útil siempre que haya un esfuerzo previo para tratar el estigma en torno a la salud mental.

Los autores hacen hincapié en el ámbito escolar, que constituye el lugar primordial para el debut y también para la detección de alteraciones de conducta que pueden estar en el inicio de procesos patológicos a diagnosticar. Además de ser el lugar y momento en el que se produce el desarrollo y crecimiento de la personalidad y el carácter de las personas, resulta idóneo para la intervención. Los expertos ponen el ejemplo del proyecto Upright, detallado en el libro de Depresión y Suicidio 2020. En este programa se forma a niños, profesores y familias, y se pasan escalas de detección de trastornos mentales. Los profesores pueden también coordinarse con su propio centro de valoración, o con alguna comisión de apoyo que desde Sanidad podría dar asesoramiento.

## 6. Información y gestión del suicidio en medios de comunicación

La tasa de suicidios en Europa ronda el 13,9 por 100.000, frente a la tasa española, que se sitúa en el 7,6 por 100.000 habitantes. Constituye, en cualquier caso, un verdadero problema de salud pública

Desde hace un tiempo se han definido estrategias diferentes en materia de comunicación, que actualmente se podrían implementar de forma masiva para llegar de manera directa a la población. Iniciativas que contemplan la posibilidad de sensibilizar a la sociedad y a los medios de comunicación, así como de informar, combatir mitos o proponer recursos<sup>19</sup>.

Hasta hace muy poco, la pauta que ha imperado en las facultades de Periodismo, quizá marcada por la estela de una prensa de sucesos que hoy no existe como tal, se centraba en el efecto Werther. Según esta teoría, inspirada en la novela de Goethe fechada en 1774, la notificación de un suicidio llevaría a la réplica del fenómeno por parte del sujeto que lo recibe<sup>20</sup>.

---

19 Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2020.

20 Rockett, I.R., Hobbs, G., De Leo, D. et al. Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987-2006: two unrelated phenomena?. BMC Public Health 10, 705 (2010).

Frente a este pacto de silencio, se estudia desde hace años la relación e impacto de los medios de comunicación observando un impacto positivo (efecto Papageno) o negativo según la metodología empleada<sup>21</sup>.

Tal y como promueve la OMS, y teniendo en cuenta que los medios de comunicación pueden ser una herramienta útil en la prevención del suicidio, se ha de trabajar en estrategias de comunicación que permitan alcanzar ese efecto<sup>22</sup>.

### **¿A través de qué estrategias comunicativas podemos abordar de forma más impactante y no sensacionalista a la población?**

Desde 2014 hay guías específicamente dirigidas a los medios de comunicación. Existe también un código de buenas prácticas en la comunicación realizado por la Sociedad Española de Psiquiatría. Se debería trabajar de forma conjunta entre profesionales especialistas y periodistas especializados con el fin de dar una respuesta adecuada a estas cuestiones, elaborando recomendaciones y pautas de actuación. Además, quizá sea el momento de llegar a las facultades de Ciencias de la Información y formar desde la base.

También hay que tener en cuenta que no ha existido nunca una campaña de sensibilización similar a la de los accidentes de tráfico con un índice de mortalidad del 50 por ciento de suicidios (principal queja de los supervivientes cuando son conscientes del fenómeno tan grave).

Los expertos consideran que los vídeos de difusión ayudan a dar información. Asimismo, los testimonios de personas famosas son también de enorme utilidad.

No obstante, algunos expertos admiten que existe un riesgo de efecto contagio y conductas imitativas. Sería necesario abordar las diferentes poblaciones diana a través de facilitadores sociales de cada entorno, profesores, bomberos, policías....

En campañas en medios generalistas (*mass media*), Japón puede ser uno de los referentes para hacer *benchmarking* con la consiguiente trasposición cultural y la significación diferente de los tabúes. Los países mediterráneos tienen aún muy connotada la muerte por suicidio de pecado y delito y resulta impúdica la revelación de la intimidad. Otras opciones divulgativas que apuntan son mejorar la prevención a través de patologías concretas, como la depresión o las adicciones.

21 Acosta Artilles FJ, Rodríguez Rodríguez-Caro CJ, Cejas Méndez MR. (2017). Adaptado de Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. Rev Esp Salud Pública, 24 de octubre 2017.

22 Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf)

Por último, hay que prestar atención también a la difusión en redes sociales y en los programas de televisión con las conductas agresivas.

***¿Qué tabúes hay que romper? ¿Qué mitos sobre el suicidio y la enfermedad mental es necesario desmontar?***

“Todo suicida tiene una enfermedad mental”, “las tentativas de suicidio fallidas son siempre llamadas de atención” son algunos de los tabúes que hay que eliminar. Junto a ellos, hay otra cuestión: la figura del psiquiatra. En este sentido, es importante desmitificar el hecho de ir al psiquiatra.

Además de tabúes existen prejuicios como el miedo a que el enfermo sea una persona peligrosa, con la que no se puede hablar razonar. No se suele hablar abiertamente de sus síntomas y sobre todo no se suele aceptar a nivel laboral.

Es importante entender que son pacientes igual que todos los demás y que con un adecuado tratamiento los síntomas se controlan y permiten su convivencia en la sociedad.

***¿Cómo pueden ayudar los medios de comunicación a los profesionales en la asistencia de los pacientes que nos ocupan?***

Además de trabajar de manera conjunta entre profesionales y periodistas para trazar líneas y recomendaciones a seguir, es importante poner en valor el papel de psiquiatría y los psiquiatras, eliminando el tabú de la enfermedad mental. Así como transmitir mensajes para asociar positividad y enfermedad mental.



## 7. Impacto sobre los profesionales de Urgencias y Emergencias en la atención al paciente con patología de salud mental

La pandemia de COVID-19 ha afectado de manera directa a la salud mental de los profesionales sanitarios. En el caso de aquellos que han estado en primera línea, el impacto ha sido alarmante<sup>23</sup>.

Tras la primera ola, casi la mitad de los profesionales sanitarios de nuestro país ya presentaba un alto riesgo de sufrir un trastorno mental<sup>24</sup>, con especial repercusión en profesionales de los servicios de Urgencias y Emergencias. Además, un 3,5% presentó ideación suicida activa tras el primer envite de la pandemia<sup>25</sup>, tal y como recogen dos estudios con encuestas a profesionales.

Los trastornos más observados se corresponden con niveles medio-altos de ansiedad, depresión preocupación o insomnio<sup>26</sup>.

En los servicios de Urgencias y Emergencias, la prevalencia del síndrome del burnout se sitúa en un 67,9% entre los profesionales sanitarios<sup>27</sup>.

Todo ello repercutirá en los profesionales y directamente en los pacientes, en la medida que puede verse comprometida la calidad asistencial.

Los diferentes retos<sup>26</sup> a los que los profesionales sanitarios se han visto expuestos son los que han llevado a una situación límite como la que se vive entre los profesionales de Urgencias y Emergencias en nuestro país. El cansancio, a diferentes niveles, es el denominador común y el sustrato de la patología de salud mental que sufren.

23 García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J et al. Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94

24 Jordi Alonso et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Volume 14, Issue 2, 2021

25 Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, Serra C, Molina JD, López-Fresneña N, et al. Pensamientos y conductas suicidas de treinta días entre trabajadores hospitalarios durante la primera ola del brote de COVID-19 en España. *Depresión y la ansiedad*. 2021; 38 (5): 528–44.

26 Vásquez Trespalacios E. Síndrome de Burnout y Justicia organizacional en profesionales de enfermería de hospitales de tercer nivel en la ciudad de Medellín. *Rev Asoc Esp Med Trab*. Diciembre 2020; Vol 29(4): 330-339

27 Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2021;156(9):449–458

Estos retos son: la alta carga asistencial, un aumento desmesurado e inimaginable de la alta asistencia en los Servicios de Urgencias desde el mes de marzo de 2020, sumado a la coincidente práctica finalización del invierno de ese mismo año en el que la asistencia a los Servicios de Urgencias sufre sus picos máximos de afluencia de forma habitual.

En este contexto, los recursos humanos son insuficientes e incapaces de abordar dicha carga. De ahí, surgen los conflictos interpersonales, la dificultad en la comunicación, todo fruto de un desbordamiento asistencial inasumible.

Por otra parte, la asistencia a una enfermedad con una contagiosidad y letalidad tan altas, generó ya no solo el miedo por parte del propio profesional de sufrir la enfermedad reflejada en todos los pacientes que acudían constituyendo durante semanas el único motivo de consulta que asistían, sino también la posibilidad de considerarse vectores de la enfermedad en sus ámbitos familiares, abocándose en ocasiones al aislamiento.

Diariamente, el hecho de enfrentarse a las malas noticias, al desconsuelo de familiares, el verdadero drama vivido por familias de pacientes y los propios pacientes que sólo podían encontrar consuelo y compañía en profesionales desbordados que apenas tenían tiempo de ser conscientes del drama que estaban viviendo.

Quizás, es ahora el momento en el que la incidencia del COVID19 esté disminuyendo, cuando en el proceso de introspección, afloran más si cabe los problemas de salud mental de nuestros sanitarios.

La incertidumbre también fue contagiosa, hasta el punto de que se extendía desde el abordaje terapéutico, medidas de aislamiento a tomar e incluso la aparición de nuevos dilemas éticos y morales a los que nunca se habían visto sometidos.

Además de identificar diferentes reacciones relacionadas con este estrés descrito como son la ansiedad, el insomnio, la hiperactividad, el aislamiento, alteraciones cognitivas... Es urgente valorar su abordaje de forma multidisciplinar para que nuestros profesionales puedan seguir haciendo su trabajo y su desarrollo vital en condiciones de salud.

### ***¿En qué medida condiciona la asistencia cuándo es el profesional el que está sufriendo patología de salud mental?***

En el primer nivel donde repercute es en la atención al paciente: errores, baja calidad de la atención, tiempos de recuperación más largos, etcétera. Después, en el sistema de salud: baja productividad, aumento de rotaciones, menos acceso de pacientes, incremento de costes... Sin olvidar la salud del profesional: abuso de sustancias, accidentes de tráfico-domésticos, depresión: ideación suicida.

No obstante, dependerá de la patología y del estado clínico la posible repercusión en la asistencia. Si el profesional se encuentra en una situación inestable no debería ejercer, recuerdan los expertos. En general, consideran que habrá profesionales con una repercusión menor y habrá otros profesionales que les impida la práctica asistencial.

La realidad es que los profesionales sanitarios son grupos vulnerables debido a la sobrecarga que están viviendo. También son grupos con altas tasas de resiliencia. Cuando los médicos tienen ansiedad o depresión la valoración de la patología mental resulta más dificultosa.

No hay que olvidar que el profesional, sobre todo el médico, tiene muy interiorizado el rol de cuidador y la ilusión de omnipotencia. Reconocer la propia vulnerabilidad puede conllevar una herida narcisista difícil de asumir con impacto en la autoestima y autoconcepto.

En este último año se han atendido casos leves o moderados, pero no hay que olvidar que hay una alerta de la OMS de *burn out* dentro de los profesionales sanitarios.

### ***El infradiagnóstico de la patología de salud mental en los profesionales sanitarios es habitual, ¿a qué condicionantes atiende? ¿Cómo podemos mejorar la autoaceptación en los profesionales sanitarios?***

Es complicado que un profesional sanitario consulte a otros especialistas por sus problemas de salud y en ocasiones, cuando el entorno sospecha la existencia de algún problema o posible proceso patológico, el propio afectado se resiste a reconocer la situación de enfermedad. Es el estamento sanitario con menor porcentaje de bajas por enfermedad.

En este sentido, opinan que se trata de un problema relacionado con el estigma de este tipo de enfermedades. Para luchar contra el estigma deberían trabajar en acciones de sensibilización, concienciación y formación, tanto a los profesionales como a la sociedad en general.

Por otra parte, también es necesario facilitar recursos profesionales de apoyo, así como material o el acceso a grupos de apoyo. Los grupos de supervisión tipo Balint y las supervisiones mejoran la cultura de autocuidado. Además, programas específicos de atención al profesional que garantizan máxima confidencialidad son muy útiles.

Con todo, en los profesionales sanitarios no existen demasiados estudios realizados comparativos con otros colectivos o la población en general y deberían realizarse más estudios. Es importante dar formación a los propios profesionales en cuanto a la autoaceptación y el diagnóstico precoz de su burnout.

***La pandemia ha condicionado la asistencia, más allá de la mejoría epidemiológica del COVID 19, nuestros profesionales de Urgencias y Emergencias sufren evidentes secuelas después de tantos meses, ¿repercutirá en la asistencia en nuestra práctica habitual?***

El estado de agotamiento tanto físico como mental de los profesionales de urgencias es evidente. Cada caso dependerá de la situación basal del profesional, de las situaciones que haya tenido que abordar y de la evolución de la pandemia. En muchos casos, existe una incertidumbre de pensar en el futuro que no tranquiliza a estos profesionales. Además, existe la sensación de que se ha entregado todo y han estado dispuestos a darlo todo, incluida la vida, para luego volver a una normalidad con las mismas quejas, demandas y exigencias que las que se vivían en los tiempos anteriores a la pandemia. Una sensación de desolación y tristeza que está repercutiendo en la vida personal y familiar de estos profesionales.

En Comunidades como Madrid se han puesto en marcha programas de tratamiento individuales y grupales psiquiátricos y psicológicos para tratar precoz e intensivamente y prevenir la cronicidad y su impacto personal y organizativo.

Lo cierto es que a pesar de las circunstancias de cada profesional, en general, se debería llevar a cabo acciones urgentes dirigidas a proteger la salud mental de los profesionales sanitarios al frente de la lucha contra COVID 19 con el fin de disponer de un sistema de salud robusto y resistente.

Con todo, es importante profundizar en las necesidades de los profesionales de Urgencias tras un año de pandemia para reforzar la respuesta desde los dispositivos de salud mental y proporcionar los recursos para garantizar su recuperación para mantener la calidad en la atención al paciente.

## Bibliografía

- Libro Blanco Depresión y Suicidio 2020. Documento Estratégico para la promoción de la Salud Mental. (<http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>).
- (Tamminen N, Solin P, Stengård E, Kannas L, Kettunen T. Mental health promotion competencies in the health sector in Finland: a qualitative study of the views of professionals. *Scand J Public Health*. 2019 Mar;47(2):115-120.a).
- (Rathbone AL, Prescott J. The Use of Mobile Apps and SMS Messaging as Physical and Mental Health Interventions: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2017 Aug 24;19(8):e295).
- Pospos S, Young IT, Downs N, et al. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. *Acad Psychiatry*. 2018.
- Mitos y creencias del suicidio. Disponible en: [https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2020/02/DSAS01\\_mitos\\_y\\_creencias\\_sobre\\_el\\_suicidio\\_cast\\_PAGINA-A-PAGINA.pdf](https://www.despresdelsuicidi.org/wp-content/uploads/2020/02/DSAS01_mitos_y_creencias_sobre_el_suicidio_cast_PAGINA-A-PAGINA.pdf).
- Manual de apoyo al suicidio. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/excelencia/docs/MANUAL\\_APOYO\\_MMCC\\_SUICIDIO\\_03.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/excelencia/docs/MANUAL_APOYO_MMCC_SUICIDIO_03.pdf).
- West et al. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018.
- Stehman et al 2019. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I.
- Dutheil F et al. 2019 Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis.
- Davis Et al. Association of US Nurse and Physician Occupation With Risk of Suicide. *JAMA Psychiatry*. 2021 Apr 14.
- José Carlos Mingote Adán, Dolores Crespo Hervás, Matilde Hernández Álvarez, Mercedes Navío, Consuelo Rodrigo García-Pando Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab (Internet)* 2013; 59 (231) 176-204.

## Elaboración del documento

Este informe ha sido elaborado y coordinado por Fundamed  
([www.fundacionfundamed.org](http://www.fundacionfundamed.org))

### COORDINACIÓN DEL DOCUMENTO FINAL

**Carmen López**

*Directora de Gaceta Médica*

### MODERACIÓN Y PREPARACIÓN DEL ENCUENTRO

**Esther Martín del Campo**

*Redactora Jefe de Gaceta Médica*

### CONVOCATORIA Y ORGANIZACIÓN

**Rocío Gómez-Cano**

*Secretaria de Fundamed*

### SUPERVISIÓN

**Patricia del Olmo**

*Vicepresidenta de RRII*

**Santiago de Quiroga**

*Vicepresidente Ejecutivo de Fundamed*

*El contenido de este documento es un resumen del encuentro virtual del grupo de trabajo constituido por Fundamed, y que tuvo lugar el día 16 de junio de 2021.*

*Este proyecto ha sido posible, en parte, gracias a la colaboración de*



*Las opiniones reflejadas en este documento han sido realizadas independientemente y no tienen por qué coincidir con la opinión del espónsor de la reunión. El contenido científico de este documento es responsabilidad exclusiva de los autores.*





**Fundación de Ciencias del Medicamento  
y productos Sanitarios (FUNDAMED)**

Barón de la Torre, 5 - Madrid 28043  
Tel.: 91 383 43 24 (Ext.: 2003)  
[www.fundacionfundamed.org](http://www.fundacionfundamed.org)