**APORTACIONES AL III PLAN DE SALUD MENTAL**

En primer lugar, quiero agradecer al equipo de la Comisión de Dirección la redacción de este plan, su claridad y fácil lectura. La incorporación de la triple meta y su sustitución de las 4 líneas estratégicas lo ha mejorado, a mi entender.

Paso a comentar primero algunos temas de aspecto formal, aporto después sugerencias (en rojo) en las líneas de acción de la prevención y atención del suicidio y al final alguna reflexión personal.

* Fig. 3. Pág. 25. Evolución de la pirámide de población de 1981 a 2017. Sin embargo, la primera pirámide corresponde a 2001, sería bueno sustituirla por la de 1981 para poder apreciar mejor el envejecimiento de la población.
* Fig. 13. Pág. 37. Dosis diarias de psicofármacos. En el gráfico no se aprecian bien el resto de fármacos, sugiero dejar un gráfico para BZD y AD, y hacer otro para estimulantes, antidemencia y neurolépticos. El texto ya lo explica pero es una lástima no verlo gráficamente.
* Tabla 8. Pág. 45. Recursos humanos en la RSMNa. En cuanto a los profesionales de HDPG, hay 4 TCAE y no 5, y 1 TS y no 0,5.
* Pág 51. En relación al programa de seguimiento telefónico post tentativa poner que en 3 meses ha atendido a 22 personas es un dato muy bajo y pobre, sugiero poner el número real de atendidos en su primer año de funcionamiento que ya se dispone. Añado: “El programa consiste en una serie de contactos breves y sistemáticos de carácter telefónico a las personas que acuden a ……”. “…..en el transcurso de un año tras el intento de suicidio”.
* Tabla 20. Pág. 53. Evolución de personas atendidas en resto de HHDD. En cuanto a los datos de HDPG, los relativos a 2010, 2011 y parte de 2012 corresponden a cuando era Centro de Día para demencias, con 30 plazas y una estancia media elevada. Sugiero dejar en blanco en la tabla o aclararlo porque el aumento de los ingresos y la disminución de la EM son llamativos si no se explica. Aunque en la pág siguiente, cuando habla de la actividad de la UDC, hace mención, no es suficiente para quien no sepa la historia previa.

**Objetivo 4. Elaborar un programa de prevención del suicidio.**

**Líneas de acción**

Desarrollo de intervenciones de prevención del suicidio.

o *No de campañas, divulgativas y de sensibilización, dirigidas a la ciudadanía sobre la importancia del bienestar emocional, factores de protección y el riesgo de suicidio como problema de salud.*

* Fomentar el tratamiento riguroso de la información relacionada con la conducta suicida en los medios de comunicación.
* Dar visibilidad y apoyo institucional al Día Mundial de Prevención del Suicidio y Día Mundial del Superviviente.
* Realizar o utilizar dípticos informativos que contengan información relativa al suicidio, cómo y dónde obtener ayuda. Distribuir a través de servicios sanitarios, sociales, educativos…

o *Creación de un registro de casos de tentativa de suicidio y suicidio consumado de carácter autonómico. (respecto al consumado el INML ya hace el registro y lo comparte con ISP. Con respecto a las tentativas, dudo si lo más acertado es hacer otro registro sino contabilizarlos en los puntos de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, añadiendo en el triaje “intento de suicidio”. Por el momento se califican como “alteración de conducta”,” intoxicación”, “politraumatizado”, y alguno más. No ha habido nunca datos sobre cuántos intentos se atienden en urgencias. Otra posibilidad es explotar el diagnóstico de los Informes de Alta de urgencias, siempre y cuando se categoricen entre X60 al X84).*

* *Reducir el acceso y acumulación de fármacos mediante la dispensación controlada, coordinación con farmacias, bloqueo de prescripción electrónica u otras medidas.*
* *Identificar los lugares o “puntos calientes” de alto riesgo de conducta suicida*

o *No de acciones de formación continuada dirigidas al personal sanitario (Atención Primaria, Atención Especializada, emergencias, 112) y no sanitario (Derechos sociales, educación, policías, bomberos, etc.) sobre la detección y abordaje de personas en riesgo suicida.*

o *No y % de profesionales que han realizado actividades formativas en la Red de Salud Mental de Navarra.*

**Objetivo 7. Comisión Interinstitucional para la Prevención de Conductas Suicidas que lidere iniciativas y propuestas de mejora.**

No acabo de ver a la Comisión como un objetivo, ya lo comento más abajo.

**Líneas de acción**

Actualizar el protocolo de atención a la conducta suicida desde el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. La actualización no puede ser diferente de la 1ª línea de acción del objetivo nº 20, aunque sea más global debería llevar la misma dirección.

**Objetivo 20. Implementar el Plan de Atención a las Conductas Suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra.**

**Líneas de acción**

Elaborar un protocolo de atención a la conducta suicida con profesionales de los distintos niveles asistenciales implicados de la Red de Salud Mental de Navarra.

o *Pacientes fallecidos por suicidio durante la hospitalización en Salud Mental. Sugiero: Pacientes fallecidos por suicidio en tratamiento actual en la Red de SM de Navarra.*

Valorar sistemáticamente el riesgo de suicidio en primera consulta en Centros de Salud Mental. Sugiero: y en el resto de recursos de la Red

o *% de valoraciones del riesgo de suicidio sobre el total de primeras consultas.*

* Incorporación de test de cribado como herramienta de ayuda para la valoración, listado de factores de riesgo y factores de protección, en forma de ficha en HCI

Fomentar un adecuado seguimiento de las personas que hayan realizado una tentativa suicida, asegurando la accesibilidad y continuidad asistencial entre los distintos niveles implicados. Implantar el Código de Riesgo de Suicidio.

o *Existencia de memoria anual sobre la actividad de la gestión de casos y sus resultados (abandono del programa, reintentos, consumados) (Programa de seguimiento telefónico).*

o *Atención en consulta en el Centro de Salud Mental antes de 7 días naturales tras una tentativa autolítica atendida en Servicio de Urgencias o Atención Primaria en pacientes mayores de 17 años, incluidos en el Programa de Seguimiento telefónico.*

o *Atención en consulta en el Centro de Salud Mental antes de 3 días tras una tentativa autolítica atendida en Servicio de Urgencias o Atención Primaria en pacientes menores de 17 años.*

* *Atención “cuidadosa” al alta de Unidad de Hospitalización Psiquiátrica tras intento de suicidio*

o *No de intentos autolíticos atendidos en urgencias hospitalarias.*

Programa de intervención en crisis en Centro de Salud Mental tras tentativa autolítica que incluya asesoramiento familiar, detección de otras problemáticas como pueden ser depresión o estrés postraumático y elaboración de un plan de cuidados.

o *Inclusión del proceso de tentativa autolítica en el protocolo de intervención en crisis que se defina.*

* *Implementar intervenciones psicoterapéuticas eficaces individuales o grupales*

Postvención y atención precoz en supervivientes.

o *% de casos de suicidio consumado en los que se ha realizado postvención.*

* *Desarrollar el procedimiento de autopsia psicológica en colaboración con el INML*

Crear un equipo de soporte y atención que asesore y apoye a los profesionales que han sufrido un suicidio en el ámbito de su trabajo en la Red de Salud Mental de Navarra.

o *% de casos de suicidio consumado en los que se ha realizado postvención con profesionales.*

Reflexión personal

* El plan se estructura en base a 4 ejes fundamentales y básicos (modelo comunitario, detección e intervención precoz, disminución de la variabilidad y atención centrada en la persona), dando en todos ellos un marco y definición general del mismo. Sólo en la detección e intervención precoz se pone como ejemplo a seguir el programa reciente de primeros episodios. Puede parecer que nadie más detecta e interviene precozmente, por ej para IJ es uno de sus fundamentos, así como para la mayoría del resto de recursos. El PEP es algo innovador y ejemplarizante, basado en evidencia disponible, estructurado y con profesionales elegidos para ello, aspecto este último que no se tiene en cuenta para el resto de equipos.
* Un indicador clave son las publicaciones científicas pero considerar únicamente a revistas de cuartil 1 me parece muy exigente, pudiéndose incluir también a las de cuartil 2.
* Un proceso clave incluido es la Asistencia basada en Programas Transversales (Fig. 2. Pág. 11). Si se refiere a lo que se trabajó en el II Plan Estratégico y se creó una Comisión ad hoc para hacer los programas, me llama la atención que se vuelvan a incluir como proceso clave puesto que se desarrollaron y en ningún momento se implantaron, o se criticaron ni se mejoraron.
* No logro ver como objetivo nº 7, en Mejor prevenir que curar, la inclusión de la Comisión Interinstitucional de Suicidio. La Comisión en sí misma no es un objetivo y puede quedar incluida en los objetivos 4 y 20 que se refieren a prevención y plan de atención del suicidio.
* En la Fig. 10. Pág 34 se evidencia el peso de los programas diferenciados atendidos en CSMs, la mínima presencia del programa de Psicogeriatría tanto en pacientes nuevos como totales atendidos, me hace volver a replantearme la adecuación de un HD monográfico, tal y como está planteado, para este sector de población, que acude poco a Salud Mental. Desconozco el dato de ingresos en UHPs de personas mayores.

Espero que algunas de estas aportaciones se puedan aprovechar y sirvan para mejorar algún aspecto del Plan.

En Pamplona a 9 de diciembre de 2018.