



Para Prevenir Cuidarte: ¡Párate Respirar Del Caos a Calma

Belkis C. Dorta
Licenciada en Psicología

Formando para prevenir, educando para cuidar



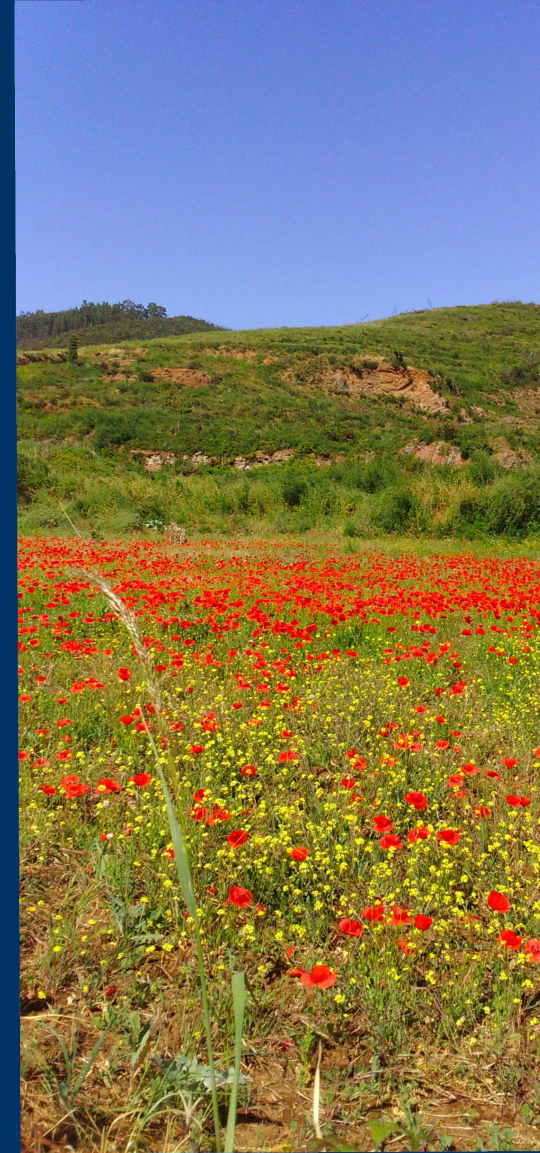
Tenerife
Previene

ESSSCAN
Escuela de Servicios Sanitarios
y Sociales de Canarias

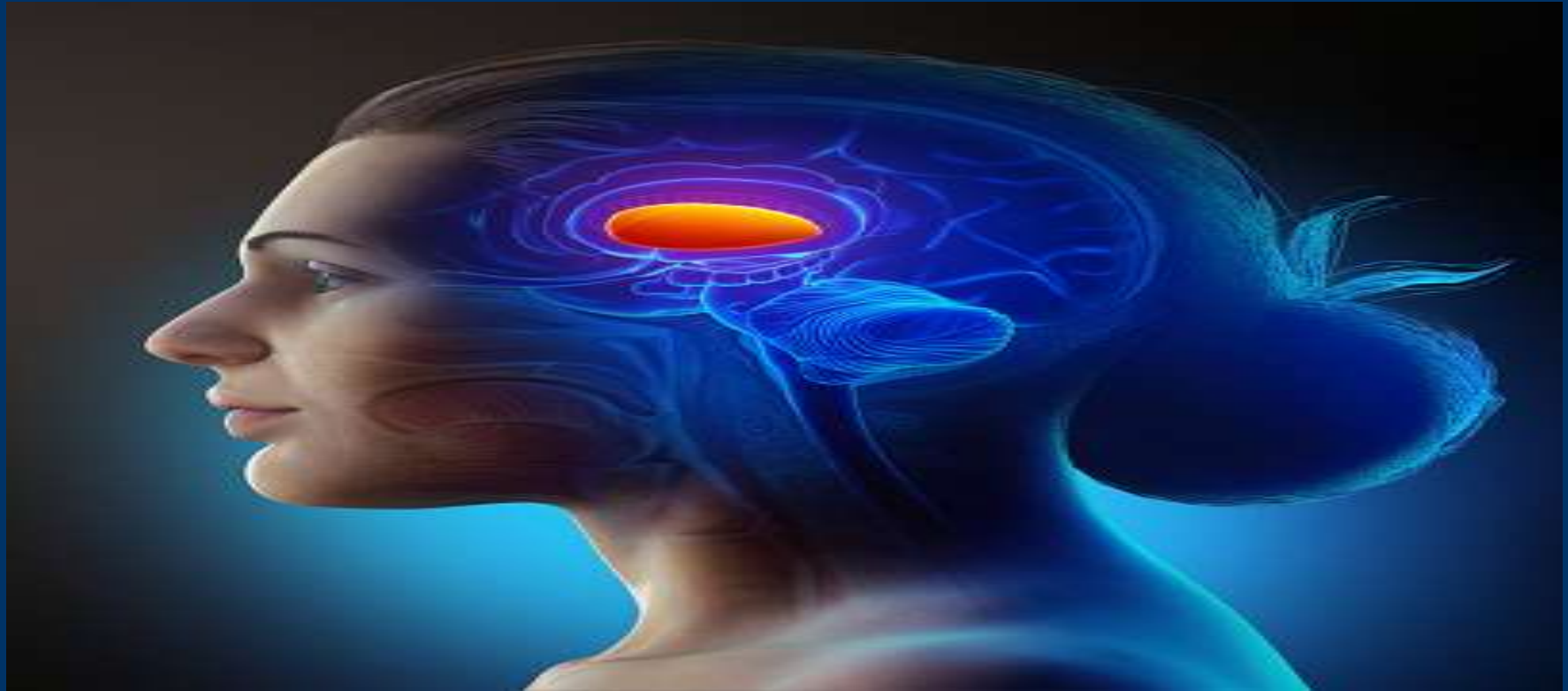


OBJETIVOS

- * Promover conocimiento y estrategias de gestión del estrés y ansiedad en el ámbito laboral y personal, que permitan reconocer, manejar y reducir sus niveles, favoreciendo el bienestar personal y la autorregulación.
- * Conocimiento y prevención del Burnout.
- * Promover el autocuidado en los asistentes, con estrategias más saludables mediante la reflexión sobre los propios estilos de afrontamiento.
- * Fortalecer la resiliencia para mantener el equilibrio ante situaciones demandantes.



FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES

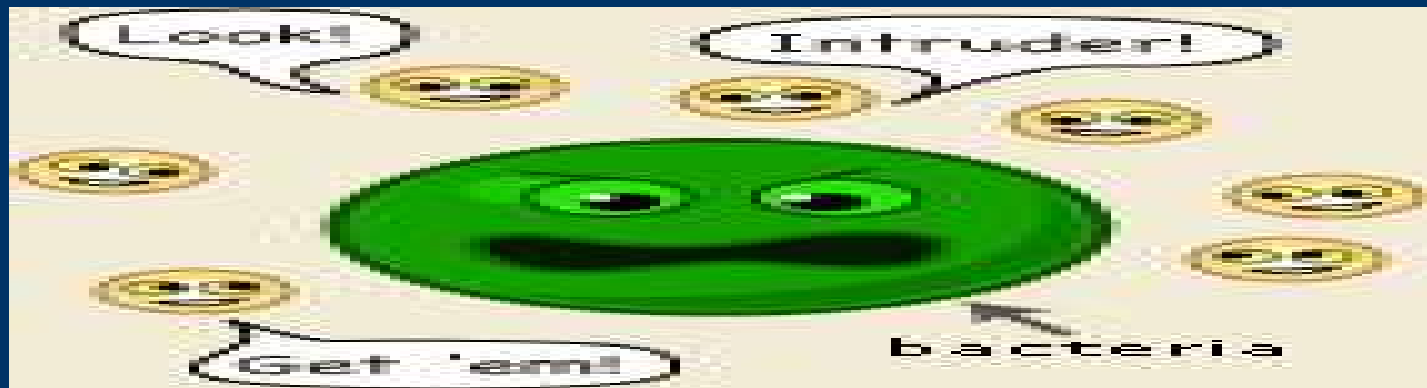


FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES

- **INTRODUCCIÓN:** Es importante para un buen desarrollo en nuestro entorno laboral y reflexionar sobre la salud.
 - *“Todo aspecto de la organización y gestión del trabajo, así como de su contexto ambiental que tiene la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos a los trabajadores”.* (*Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo*).
 - **Definición de Salud por la OMS:** “La salud es un **estado de completo bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”
 - La modernización exige cada vez más a los trabajadores y trabajadoras un aumento de la actividad mental, más que su fuerza física, propiciado por la utilización de nuevas tecnologías, altas demandas y pocos recursos. Esto hace que los límites de la vida laboral sean cada vez más líquidos. Exigiendo mayor rapidez, competitividad, aislamiento, soledad, etc...
-
-

CONSECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES

- Aparición de una serie de riesgos profesionales, generados por condiciones de trabajo poco favorables. Provocando el principal problema de salud laboral en el mundo desarrollado, las enfermedades psicosociales: **el estrés laboral, el síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo y acoso laboral o mobbing.**
- El estrés y los trastornos emocionales uno de los principales problemas, y riesgos psicosociales, con una alta significación sobre la salud de las personas



CONSECUENCIAS DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL.	RIESGOS PSICOSOCIALES.	ENFERMEDADES PSICOSOCIALES.
Ambiente físico.	<u>Mobbing.</u>	<u>Somatizaciones.</u>
Contenido de las tareas.	<u>Burnout.</u>	Sufrimiento psíquico y emocional.
Organización.	Estrés.	Problemas psíquicos (depresión, ansiedad...)
Factores subjetivos	Violencia laboral.	Enfermedades (cardiovasculares, respiratorias...)

PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

- Ley 31/1995, 08 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales:
- **Artº 4: 1.º** *“Se entenderá por «prevención» el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo”.*
- **Plan de Acción de Salud Mental-2025-2027:** *Desarrollar programas específicos para la prevención y apoyo en salud mental para profesionales sanitarios y sociosanitarios: **cuidar a las personas cuidadoras.***
- *“Resulta fundamental avanzar en la identificación de la relación entre la salud mental y el trabajo para progresar hacia el reconocimiento de los trastornos mentales derivados o agravados por el trabajo”.*

CONSECUENCIAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIAL

- Fatiga, dolor de cabeza, mareos/desmayos, lagunas mentales, aumento de riesgo cardíaco, confusión, ataques de pánico, sudoración, dolores musculares
- Desorientación, impaciencia,
- Tendencia al llanto, ataques de ira
- Depresión, Aumento de consumo
- Temblores, Problemas digestivos
- Falta de concentración, de sueño,
- Falta de toma de decisiones



EL ESTRÉS



EL ESTRÉS

Definición: Mecanismo programado en los genes de las personas que permite luchar ante una amenaza (**Agencia Europea para la Seguridad y Salud Trabajo**)

“El Estrés es el resultado de la relación entre individuo y su entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro el bienestar” -Richard Lázarus-

Una respuesta de adaptación del organismo humano, como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del medio (estresores) y las capacidades y recursos de la persona para afrontarlas.



EL ESTRÉS

- **Fisiológicamente suceden cosas:** Incremento de la producción de las hormonas necesarias para la actividad física: La Adrenalina y el Cortisol que producen un aumento del ritmo cardíaco, elevada presión arterial y alteración en el metabolismo que produciendo un agotamiento del organismo.
 - **Tipos de estrés:** Por duración:
 - **Estrés Agudo:** Limitada en el tiempo. Rebasa el umbral de la persona. A menudo es violenta, física o emocional. Eje. Despido.
 - **Estrés crónico:** Período prolongado de tiempo y recurrente y continuo. Es necesariamente intensa. Exige adaptación permanente. Surge por una exposición constante a factores estresantes externos o prolongarse la respuesta al estrés. Frecuente en ambientes laborales inadecuados y sobrecarga de trabajo o rutina monótona. Alteración del ritmo biológico (nocturno, alta responsabilidad).
-
-

EL ESTRÉS

- **En relación al efecto producido en la persona:**
- **El estrés beneficioso o eustrés:** Respuesta del organismo respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos. Estimulo para afrontar nuevos retos; Motivación para superar obstáculos. Tomar decisiones rápidas. La memoria se agudiza. Nuestra atención se afina, con lo que nuestra concentración aumenta.
- **Estrés negativo o distrés:** Desajuste entre la persona y sus condiciones de trabajo produce respuestas insuficientes o exageradas. La incertidumbre y la falta de información y de señales, tiene un efecto inmovilizador sobre las estrategias de afrontamiento anticipatorio.



EL ESTRÉS

- Puede afectar a cualquier lugar de trabajo y por consiguiente a cualquier trabajador o trabajadora.
- **El 81% de las trabajadoras/trabajadores españoles presentan un riesgo de sufrir estrés.**
- Conflictos con la estructura jerárquica: estilo autoritario, falta de canales de comunicación e información, relaciones insatisfactorias



MAL CLIMA

- La presión a los trabajadores, incremento de ritmo y carga de trabajo, estrés mental



ESTRÉS



NIVELES DE ESTRÉS



LOS ESTRESORES O SITUACIONES DE ESTRÉS

Imposibilidad de anticipar o predecir: Sabemos que sucederá pero no sabemos que forma ni como.

Falta de control: La percepción real o no de que no se puede modificar o escapar o situación (Indefensión).

No descargar la frustración: Reprimir la expresión de la frustración, las emociones perturbadoras (droga, exceso de comida, etc)

Características personales: Investigación de Suzanne Kobasa y Salvatore Maddi: *cambios no asustan; Mayor visión de afrontamiento ante los reveses; confianza en la propia capacidad; red de apoyo y el compromiso es importante; como personas valiosas valoran que lo que hacen también es valioso*



LO QUE NOS DECIMOS PUEDE AYUDARNOS

- Nos posicionamos ante los acontecimientos amenazantes y los evaluamos
 - **Los revestimos de atributos benéficos o amenazantes:** Hacemos comedimientos tranquilizadores o catastrofistas, nos concedemos habilidad para afrontar o desconfiamos. Nos hacemos autoinstrucciones de aliento o de desánimo.
 - Nuestros diálogos con nosotros mismos va a influir en nuestras emociones, en nuestras acciones de afrontamiento y en la vulnerabilidad de los sistemas biológicos.
 - Los objetivos de la tarea, el tipo de cultura de la organización, el grado de importancia y significación que les conceden a los objetivos y los compromisos que tratan de ser fieles, son otros tantos factores que influyen en los autodiálogos y en el tipo de evaluación que hacemos sobre las repercusiones de las situaciones de estrés.
-
-

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ESTRÉS

**Querido estrés::
He decidido romper
contigo, ya no hay
quién te aguante.
Voy a relajarme
y disfrutar de la
vida.**



<http://pag.picardias.mafa>

REDUCIR EL ESTRÉS

Como hemos visto, el estrés se caracteriza por un estado de tensión física y psicológica que puede tener consecuencias negativas para la salud e impide que consigamos nuestros objetivos. Sin embargo, es posible aprender a detectar cuándo nos encontramos en un estado de tensión excesiva y empezar a controlar dicha tensión.

Para alcanzar este objetivo te resultará de ayuda seguir algunos pasos:

- Escucha a tu cuerpo
 - Relajación mediante la respiración
 - Atención Plena
 - Enumera todos los quehaceres; Estrategias en gestión de problemas (toma de decisiones y solución)
 - Establecer objetivos que sean realistas y alcanzables
 - Cuando tomes una decisión, llévala a cabo
 - Delegar en otra persona; un enfoque de equipo
 - Evita el pensamiento catastrófico
-
-

TÉCNICAS PARA REDUCIR EL ESTRÉS

- ✓ **Hacer una lista con las alternativas:** “Lluvia de ideas”. Esta técnica tiene ciertas normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora.
- ✓ **Ver las consecuencias.** Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.
- ✓  **Evaluar los resultados:** Una vez se haya intentado la respuesta nueva, deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Sucedan las cosas tal como estaban previstas?



LA ANSIEDAD



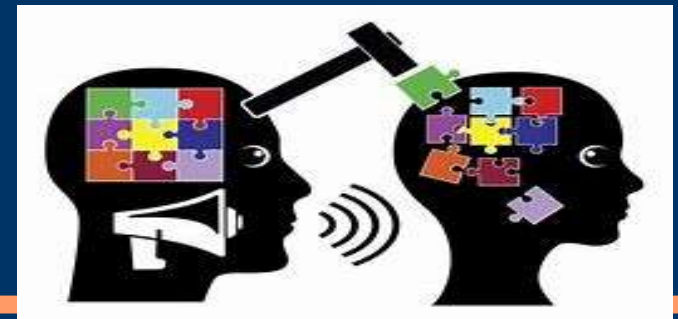
LA ANSIEDAD

- Las alteraciones que puede provocar un estresor son emocionales, cognitivas y fisiológicas.
 - **Cognitivas:** Deterioro de la concentración, pensamiento confuso, evaluación negativa. Calidad de toma de decisiones
 - **Emocionales:** ansiedad, irritabilidad, rabia, depresión y culpabilidad (Horowitz, Kaltreid y Alvarez, 1980).
 - La ansiedad es una emoción anticipatoria y la depresión después del esfuerzo de afrontamiento
 - **Estresores en Potencia:** Investigación Evaluación de las Molestias de la vida (familia, trabajo, dinero, salud) sobre el bienestar emocional: alto en ansiedad, frustración y depresión.
-
-

LA ANSIEDAD

Es un mecanismo adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La función de la ansiedad es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que se produzcan o se minimicen sus consecuencias. La ansiedad, pues, nos empuja a tomar las medidas convenientes (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, etc.)

Aprender a relacionarse con la ansiedad y con todos los eventos privados (pensamientos, sensaciones, sentimientos, aflojando los intentos de control o autocontrol) alimentan la ansiedad.



SÍNDROME DE BURNOUT

A graphic illustration of the word "Burnout" in a large, bold, black serif font. The letters are partially obscured by a bright, intense fire or explosion that erupts from the center of the word, specifically between the 'u' and 't'. The fire is depicted with vibrant orange and yellow flames, surrounded by a thick, billowing cloud of white smoke or steam that spreads outwards. The background of the graphic is white, which contrasts sharply with the dark blue background of the slide.

Burnout

SÍNDROME DE BURNOUT

Definición y Generación (NTP 704):

- *“Si en el trabajador se manifiesta una merma de salud psicofísica debida a la exposición de condiciones psicosociales, el resultado tiende a interpretarse en términos de vulnerabilidad individual, y se atribuye a algún fallo en la psicología del propio individuo, a unas características individuales diferenciales "de carácter" comparativamente con "otros" o bien debido a su entorno extralaboral. El síndrome de burnout es una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. El producto de dicha interacción, que se describe a continuación, es lo que denominamos "síndrome de estar quemado por el trabajo" (SQT), habitualmente conocido como "síndrome de burnout". Cuando no se realiza la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales -especialmente en entornos de servicios humanos-, o cuando no se protege adecuadamente al trabajador frente a esta consecuencia o, en todo caso, cuando no se adapta el trabajo a la persona, el SQT puede aparecer”*
-

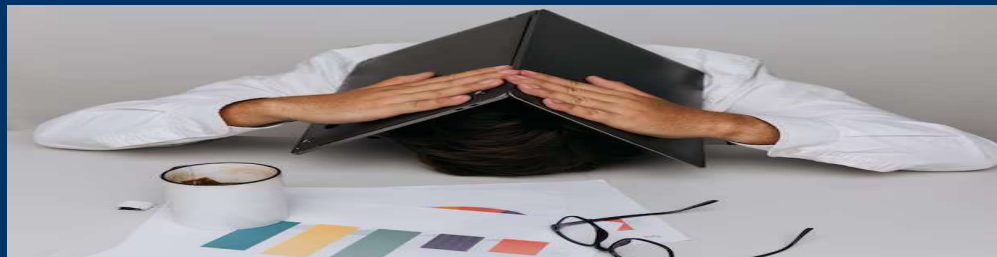
SÍNDROME DE BURNOUT

- Descrito por primera vez en 1969 por H.B. Bradley como metáfora fenómeno psicosocial sufrido por policía de libertad condicional.
- 1974: Herbert Freudenberger (a través de estudio con población sana) describe aquellos estados físicos y psicológicos que sufre el profesional que trabaja con una gran cantidad de población con problemas de drogadicción. Lo definió como "una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o espirituales del trabajador".

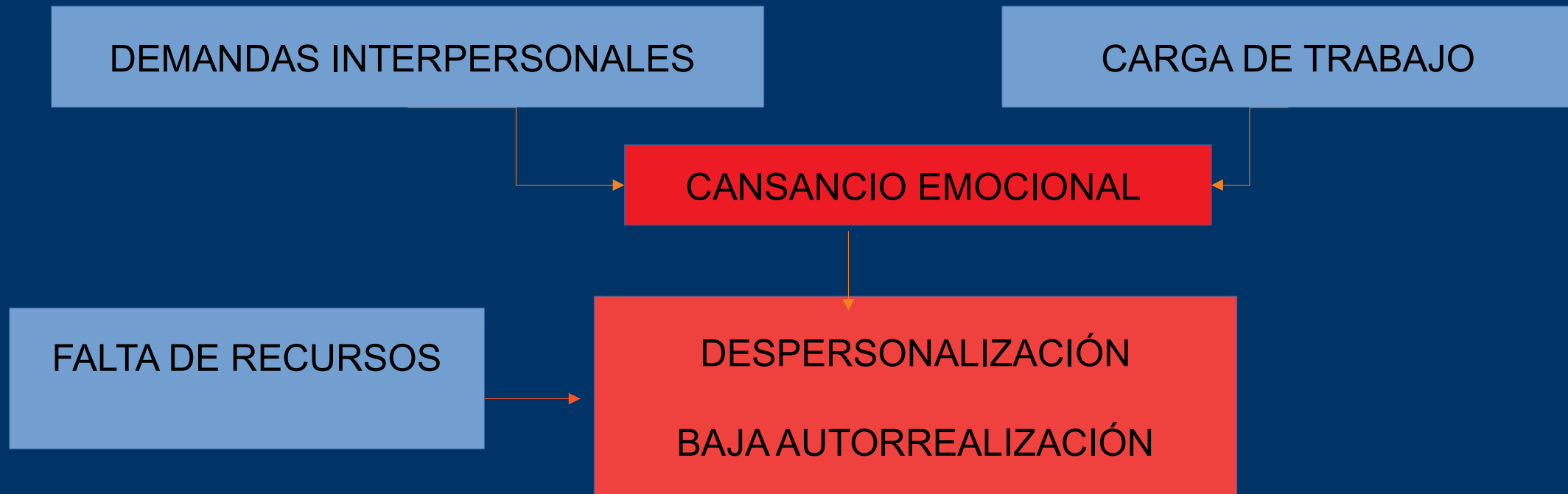
Es una patología severa, relacionada con el ámbito laboral y el estilo de vida. Es un trastorno emocional provocado por el trabajo. Sus consecuencias son a nivel físico y psicológico cuando se somatiza. La ansiedad y la depresión. Alta incidencia en bajas laborales.

SÍNDROME DE BURNOUT

- **Christina Maslach (1976)**: Lo denominaba "pérdida de responsabilidad profesional" desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiáticamente a la persona. Para Maslach el síndrome de burnout se puede dar exclusivamente en profesiones de ayuda (por ejemplo, entre los sanitarios y educadores que prestan servicio al público). Son las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer las que producen la vivencia de fracaso personal, tras invertir al trabajo una carga emocional excesiva.
- Lo presenta ante la Asociación Estadounidense de Psicología y lo define como un síndrome tridimensional: **Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.**



PROCESO DE GENERACIÓN BURNOUT



Modelo de proceso de SQT Leiter

SÍNDROME DE BURNOUT

Eagly y Cheiken (1993): Definen que el Burnout como un deterioro de los procesos psicosociales (falta de reciprocidad, empatía, conflictos interpersonales, sobre carga laboral, etc.), donde hay un deterioro cognitivo y emocional (este es un antecedente de las actitudes negativas hacia el entorno laboral)

Pedro Gil Montes (2005): Este autor plantea que los desencadenantes del burnout se deben a cambios del ámbito laboral:

- ✗ Cambios sociodemográficos (movimientos de personas, cambios socioeconómicos..)
-
-

SÍNDROME DE BURNOUT

- ✗ Cambios en la normativa y legislación (aumento de la burocracia)
 - ✗ Cambios en la cultura de la población: “cultura de la queja”. Todos tienen derechos y nadie tiene obligaciones.
 - ◆ **Consecuencias:** Pérdida de prestigio social, agresiones psicológicas y físicas, deterioro de la relación profesional personal sanitarios-usuarios, cambios tecnológicos (sobrecarga laboral), expectativas profesionales que no se cumplen (frustración), etc.
-
-

SÍNDROME DE BURNOUT

- También destaca la existencia de dos tipos de perfiles:
 - ☞ **Perfil 1:** No siente la culpa, frialdad hacia los usuarios y pacientes. Se requiere intervención psicológica y psicoeducación en empatía y habilidades emocionales.
 - ☞ **Perfil 2:** La culpa está muy presente y hay una mayor implicación en el trabajo, lo tanto mayor sufrimiento.
- El *Síndrome de Estar Quemado o Burnout* contiene muchas variables donde puede incidir, tanto en los factores individuales como en los factores organizacionales. Se requiere realizar una buena intervención psicológica y poder medir los resultados (antes, durante y después)

SÍNDROME DE BURNOUT

- **Población de Riesgo:** Profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador-usuario de carácter intenso y/o duradero. Los profesionales se caracterizan como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen. El B se desarrolla como respuesta a estrés constante y sobrecarga laboral.
 - **Tribunal Supremo año 2000:** Dolencia psíquica causante de periodos de IT y accidente laboral.
 - **Causas:** Multicausal. Profesionales de alto contacto con personas, horas excesivas, sin cambio de ambiente laboral, remuneración inadecuada, interacciones problemáticas en el ámbito laboral.
 - **Síntomas:** Se desarrolla gradualmente, al ser consecuencia de un cansancio emocional. Astenia y agitación al mismo tiempo; palpitaciones, taquicardia, pinchazos en el pecho, dolores musculares, cefaleas, problemas digestivos, trastorno del sueño....
-
-

SÍNDROME DE BURNOUT

- **Agotamiento** : Sensación de no ser capaz de ofrecer más de sí mismo/a emocional. Susplicacia/escepticismo/Despersonalización: Actitud distante hacia el trabajo, las personas a las que se está prestando el servicio y compañeros de trabajo.
- **Ineficacia**: Sensación de que no se están llevando bien a cabo las tareas y tanto se percibe incompetencia.



DIFERENCIAS

Estrés

Sobreimplicación y activación física

Hiperactividad emocional

El daño principal es físico

Afecta a la energía

Sensación de urgencia e hiperactividad

Conduce a la ansiedad



psicología y salud
en el trabajo

Burnout

Apatía

Embotamiento emocional

El daño principal es emocional

Afecta a la motivación

Sensación de indefensión y desesperación

Conduce a la depresión

Puede desarrollar trastorno de estrés
postraumático

DATOS SOBRE SALUD MENTAL POBLACIÓN ESPAÑOLA

- **INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2023**
 - **ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2021
ESC-21**
 - **PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2022-2027**
-
-

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

- El 34% de la población padece algún problema de salud mental, afectando que supera el 40% en la población de 50 y más años y el 50% en los 85 y más, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, los sueños y los depresivos.
- Los trastornos de la ansiedad afectan al 10% de la población, el doble en mujeres (14%) que a hombres (7%), y afectan a 3 de cada 100 menores de 25 años, en los que constituyen los problemas de salud mental frecuentemente registrados.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

3.2.5 Problemas de salud mental

Trastornos mentales y del comportamiento

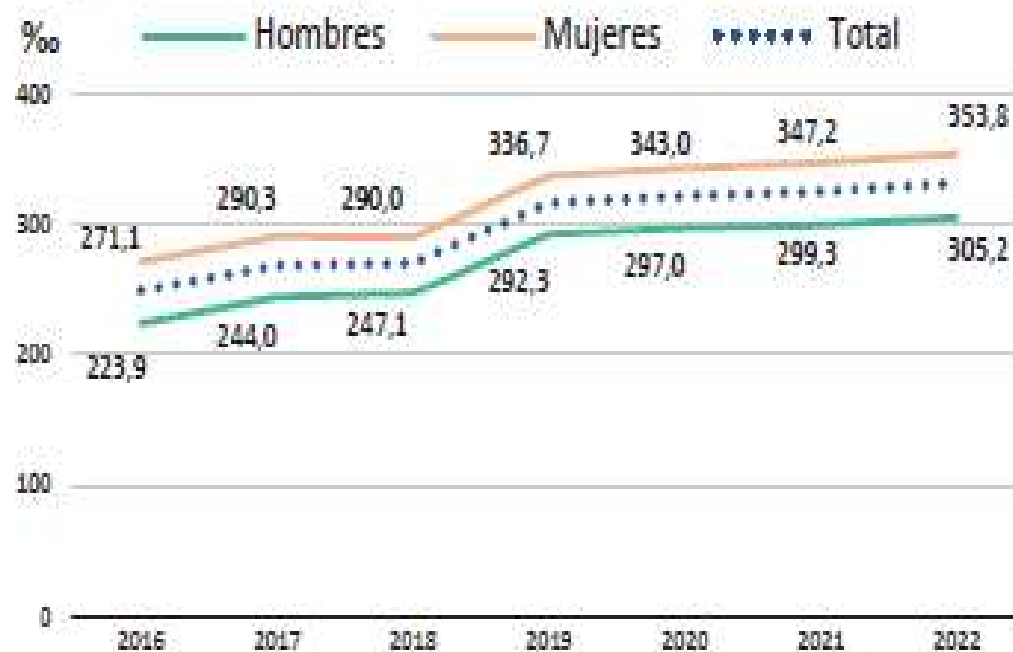
Gráfico 3-21 Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento registrados por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022³²



³² Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Gráfico 3-22 Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento registrados ajustada por edad por 1.000 habitantes según sexo. España, 2016-2022³²



³² Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

- ✓ En 2022 se han registrado 343,0 casos de trastornos mentales y del comportamiento por cada 1.000 habitantes, más en mujeres que en hombres (374,2 vs. 310,5).
- ✓ La prevalencia aumenta con la edad, los valores más bajos se registran en el grupo de edad de 0 a 4 años con 94,8 casos por 1.000 y los más altos en el grupo de 90 a 94 años con 562,7 por 1.000. Hay un patrón por sexo definido afectando en la infancia y adolescencia más a los hombres, y en la juventud y etapa adulta a las mujeres.
- ✓ La prevalencia ajustada por edad es de 331,0 casos por cada 1.000 habitantes, (hombres 305,2; mujeres 353,8) y es un 4,7% mayor que la de 2019.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Problemas de salud mental más frecuentes

Gráfico 3-23 Prevalencia registrada de los problemas de salud mental más frecuentes por 1.000 habitantes. España, 2016-2022³³



³³ Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

- ✓ Los problemas de salud mental más frecuentemente registrados en las historias clínicas de atención primaria son los trastornos de ansiedad (106,5 casos por cada 1.000 habitantes), seguidos de los trastornos del sueño y de los trastornos depresivos (81,6 y 47,8 por cada 1.000 habitantes, respectivamente); con una tendencia creciente en la serie 2016-2022.
- ✓ En la infancia y adolescencia (menores de 25 años), los problemas de salud mental más frecuentemente registrados también son los trastornos de ansiedad (32,8 casos por 1.000 habitantes), seguidos de los trastornos específicos del aprendizaje (29,0) y los problemas hiperkinéticos (24,9); siguen una tendencia creciente, aumentando entre 2019 y 2022 un 29,5%, un 26,6% y un 5,2%, respectivamente.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Trastornos de ansiedad

Gráfico 3-25 Prevalencia registrada de trastornos de ansiedad por 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad. España, 2022³⁴

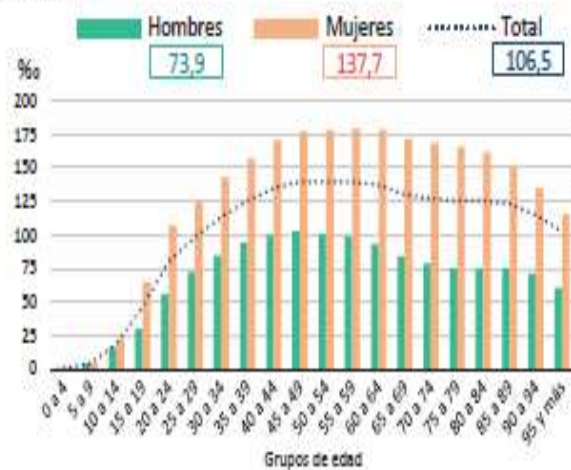
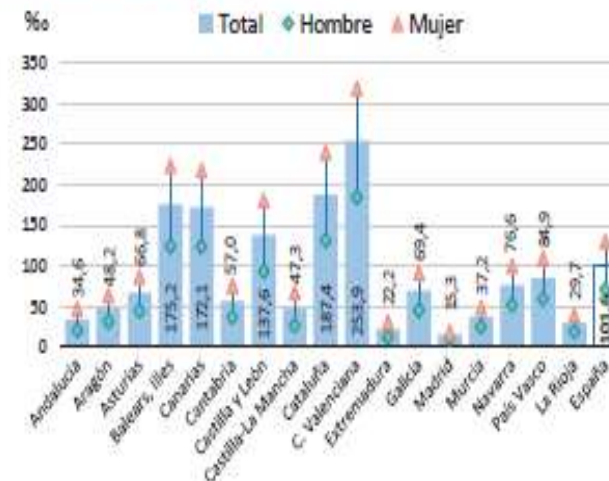


Gráfico 3-26 Prevalencia ajustada por edad de trastornos de ansiedad registrados por sexo y comunidad autónoma. España, 2022³⁴



³⁴ Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Evolución 2016-2021

Gráfico 3-27 Trastornos de ansiedad: prevalencia registrada ajustada por edad por 1.000 habitantes según sexo. España, 2016-2022³⁴



³⁴ Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

- ✓ En 2022 se han registrado 106,5 casos de trastornos de ansiedad por cada 1.000 habitantes, más en mujeres que en hombres (137,7 vs. 73,9).
- ✓ La prevalencia de estos trastornos aumenta con la edad, afecta más a las mujeres que a los hombres en todas las edades, y afecta alrededor del 17% de las mujeres de 40 a 79 años.
- ✓ La prevalencia ajustada por edad es de 101,6 casos por cada 1.000 habitantes, (hombres 70,9; mujeres 130,4) y es un 16,2% menor que la de 2021, año en el que se registró el valor más elevado de la serie presentada, 121,3.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

3.3.6 Mortalidad por suicidio

Mortalidad por suicidio 2022

Gráfico 3-45 Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2022⁴⁵



⁴⁵ Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Mortalidad por suicidio: 2022

- ✓ 4.228 defunciones, 3.126 hombres y 1.102 mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 8,8 fallecimientos por 100.000 habitantes (13,3 en hombres y 4,5 en mujeres).
- ✓ Mortalidad ajustada por edad: 8,3 fallecimientos por 100.000 habitantes (13,0 en hombres y 4,2 en mujeres).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Evolución 2012-2022

Gráfico 3-46 Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2012-2022⁴⁵



⁴⁵ Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Evolución 2012-2022

- ✓ La mortalidad por suicidio se ha mantenido relativamente estable desde 2012 hasta 2019, año desde el que se observa una tendencia incremental: en 2022 aumenta un 11,5% respecto al 2019.
- ✓ La evolución es similar en ambos sexos, si bien el aumento respecto al 2019 es mayor en mujeres (19,4%) que en hombres (9,1%).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Mortalidad por suicidio por grupos de edad: 2022

- ✓ La tasa de mortalidad por suicidio es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.
- ✓ En 2022, la tasa más elevada en hombres se observó en el grupo de 85 y más años, con 45,4 fallecimientos por 100.000 habitantes. En mujeres, en ese mismo grupo de edad, la tasa fue 6,2 fallecimientos por 100.000 habitantes.
- ✓ La evolución de la mortalidad por suicidio en los menores de 30 años presenta una tendencia estable desde 2012, tenuemente ascendente, con una variabilidad interanual que aconseja interpretar con cautela los datos.

La mortalidad por suicidio es mayor en hombres que en mujeres en toda la serie 2012-2022, en torno a 9 puntos porcentuales más en 2022.



En 2021 España es uno de los países de la Unión Europea con tasas de mortalidad ajustada por suicidio más bajas, siendo un 22,6% menor que la media de la UE (10,2).⁴⁷

⁴⁷ Fuente: Eurostat: Health Database 2021.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

5.1.6.5 Atención a los trastornos mentales y del comportamiento

Consumo de antidepresivos

- ✓ En 2022, en España se consumieron 98,8 DHD de antidepresivos, con un máximo de 146,8 DHD y un consumo mínimo de 54,2 DHD.
- ✓ Durante el período 2012-2022, se observa una tendencia creciente del consumo de antidepresivos a nivel nacional, con un aumento del 50% (32,6 DHD) en 2022.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Gráfico 5-41 Consumo de antidepresivos según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo químico terapéutico ATC N06A. España, 2022^{142, 143}

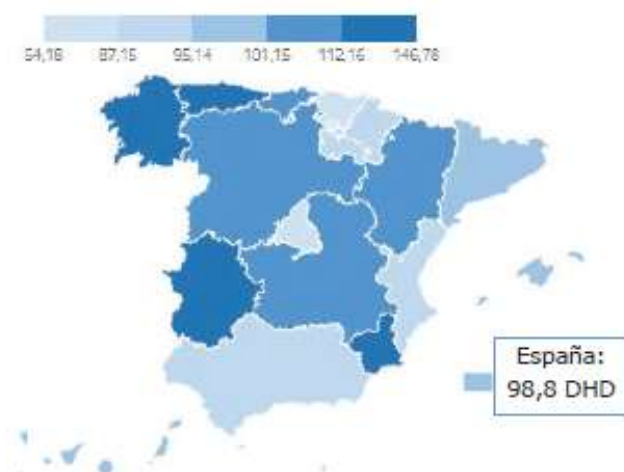
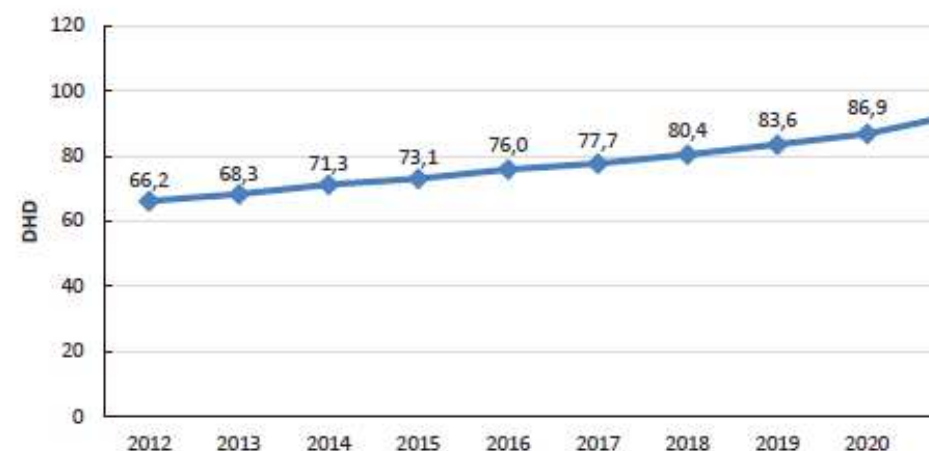


Gráfico 5-42 Evolución del consumo de antidepresivos. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo químico terapéutico ATC N06A. España, 2012-2022^{142, 143}



¹⁴² Fuente de datos: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

¹⁴³ Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS (estos últimos se incluyen desde 2016). Se incluyen los medicamentos pertenecientes al subgrupo químico terapéutico ATC N06A (antidepresivos).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Consumo de hipnóticos y sedantes

- ✓ En 2022, en España se consumieron 35,2 DHD de hipnóticos y sedantes, con un máximo de 64,3 DHD y un consumo mínimo de 19,1 DHD.
- ✓ Durante el período 2012-2022, se observa un crecimiento continuo a nivel nacional del consumo de hipnóticos y sedantes, con un aumento del 22% (6,4 DHD) desde el comienzo de la serie.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Gráfico 5-43 Consumo de sustancias hipnóticas y sedantes según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo terapéutico farmacológico ATC N05C. España, 2022^{142, 143}



Gráfico 5-44 Evolución del consumo de sustancias hipnóticas y sedantes. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo terapéutico farmacológico ATC N05C. España, 2012-2020



¹⁴² Fuente de datos: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

¹⁴³ Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS (estos últimos se incluyen desde 2016). Se incluyen los medicamentos pertenecientes al subgrupo químico terapéutico ATC N06A (antidepresivos).

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023



En 2022 se han atendido alrededor de 5,5 millones de consultas de psiquiatría en los centros de especialidades y hospitales del SNS, el 95% de las consultas de esta especialidad se atiende en los centros públicos.

El consumo de antidepresivos e hipnóticos y sedantes aumentan un 18,1% y un 6,9% respectivamente desde el 2019.



De los 21 Estados Miembros de la UE que presentan datos de consumo de antidepresivos (ATC N06A) en la OCDE, España ocupa la tercera posición (92,7 DHD), tan solo por detrás de Portugal (138,8 DHD) y Suecia (108,9 DHD).¹⁴⁴

En cuanto a datos de consumo de sustancias hipnóticas y sedantes (ATC N05C), España ocupa la quinta posición (35,1), siendo Suecia el país con mayor consumo (67,7 DHD).¹⁴⁴

¹⁴⁴ OECD, Health Statistics, 2021. Nótese que la comparación internacional es compleja por la variabilidad de los datos aportados por cada país (medicamentos reembolsados por los esquemas de financiación pública, con o sin medicamentos dispensados en hospitales, medicamentos no reembolsables y medicamentos de venta libre/medicamentos OTC).

Encuesta de salud de Canarias 2021 – ESC-21

III. AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD: Salud mental

% PERSONAS EN RIESGO DE SUFRIR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL - ADULTOS

POBLACIÓN
16 y más años



% PERSONAS EN RIESGO POR SEXO – ADULTOS



Encuesta de salud de Canarias 2021 – ESC-21

III. Autovaloración del estado de salud: Suicidios

% POBLACIÓN SEGÚN PENSAMIENTOS SUICIDAS POR GRUPOS DE EDAD



% POBLACIÓN CON PENSAMIENTOS SUICIDAS POR SEXO Y EDAD

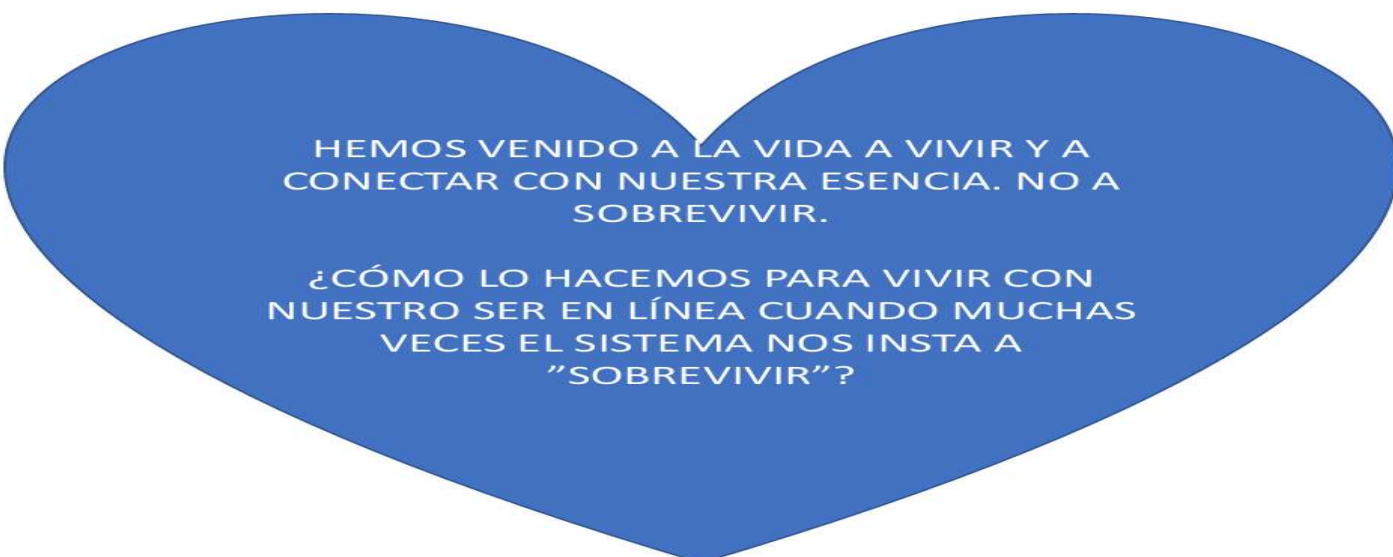


AHORA.....

Ahora es tu turno...

AUTOCUIDADO

- ¿Qué es el autocuidado para ti?



HEMOS VENIDO A LA VIDA A VIVIR Y A
CONECTAR CON NUESTRA ESENCIA. NO A
SOBREVIVIR.

¿CÓMO LO HACEMOS PARA VIVIR CON
NUESTRO SER EN LÍNEA CUANDO MUCHAS
VECES EL SISTEMA NOS INSTA A
"SOBREVIVIR"?

AUTOCAUIDADO

*Vayamos a una escena...que sea
disparadora para ti... con alguien
a quien acompañes... o un
compañero o compañera... o una
circunstancia... que no te haga
sentir bien*

AUTOCUIDADO

LA PÉRDIDA DE NUESTRO EJE Y LA ACTIVACIÓN DE UNA PE EMOCIONAL NUESTRA QUE DOMINE NUESTRO INTERIOR PUEDE LLEARNOS A TOMAR DECISIONES QUE NOS DESVÍEN COMPLETAMENTE DE NUESTRA ESENCIA Y NUESTRA MISIÓN EN LA VIDA.

TAMBIÉN PUEDE LLEGAR A PELIGRAR NUESTRA INTEGRIDAD Y NUESTRA PROPIA VIDA

AUTOCUIDADO

- El autocuidado como experiencia y no como concepto. Hacemos un v nuestro interior a través de las posibles resonancias de los siguientes temas
 - Cómo cultivamos nuestro SER por el hecho de SER
 - Cómo nos cuidamos cuando entramos en fatiga por compasión
 - Cómo nos cuidamos cuando el sistema interno de una persona que sufre ac nuestro y nos genera una contratransferencia o cuando una parte nues activa en el acompañamiento o en la vida por algo
 - Cómo nos cuidamos cuando hemos de poner límites a alguien o a j realidades
 - Cómo nos cuidamos cuando atestiguamos el el deterioro personal de q acompañamos.
-
-

AUTOCUIDADO

AUTOCUIDADO BASADO EN LA CREENCIA AUTOCUIDADO BASADO EN EL SUFRIMIENTO POR DISTORSIÓN

Autocuidado clásico-DESDE EL PROTOCOLO

procedente de la sabiduría popular y reforzado por figuras “de autoridad” (aprendizaje social)

- Mejora la alimentación
- Incorpora ejercicio físico al día a día
- Descanso reparador
- Viajes, ocio
- Meditación, mindfulness

¿Pero desde dónde nos cuidamos? ¿lo hacemos desde nuestra parte adulta o desde una parte autoexigente o que se siente culpable por no “cuidarse”?

¿Con este pack de autocuidado estamos cuidando nuestro sistema interno de forma plena e integral?

¿Cómo influye este autocuidado “no consciente” en nuestra forma de acompañar a las personas que sufren?

A veces el autocuidado basado en la creencia se puede convertir en fuente de estrés añadido (sufrimiento)

AUTOCUIDADO BASADO EN LA VIVENCIA

Autocuidado consciente-DESDE LA CO-CONSCIENCIA

procedente la co-consciencia interna (trabajo)

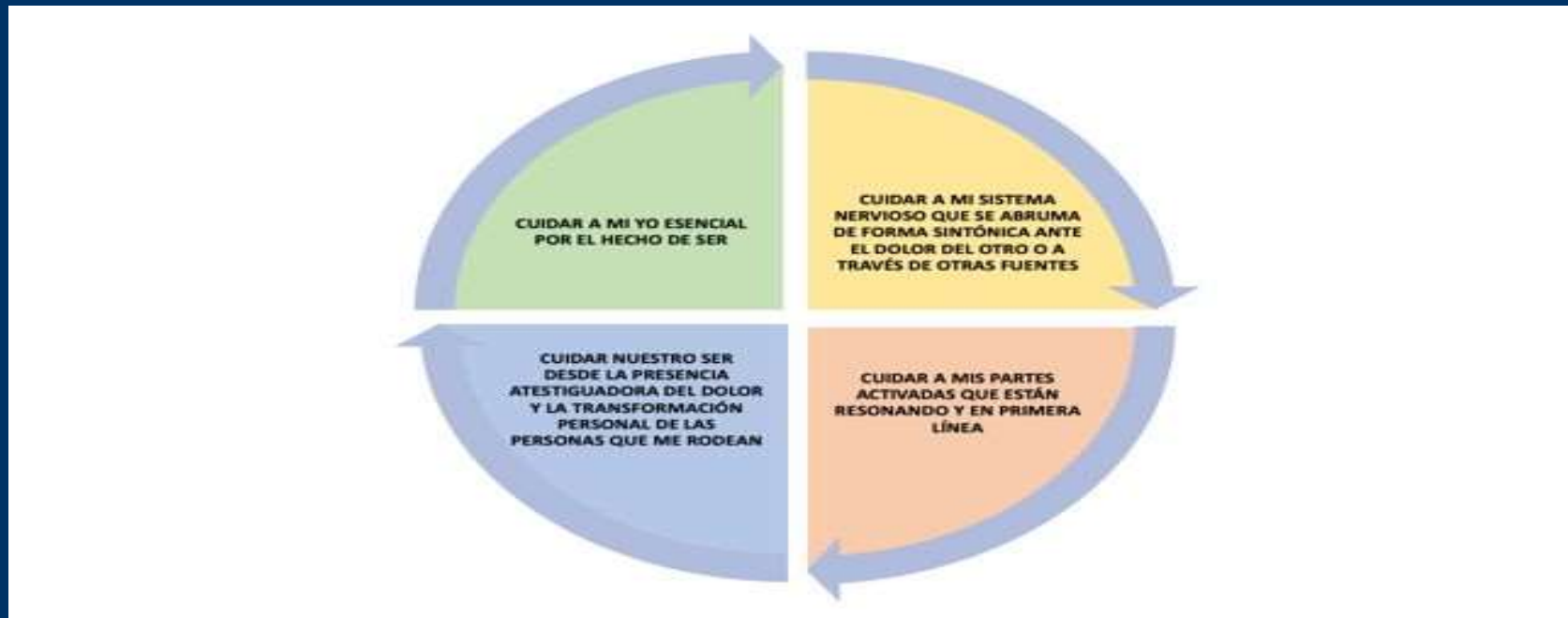
- La alimentación, el ejercicio físico, el descanso, el ocio y la meditación se gestionan desde la parte adulta y desde el autocuidado consciente, no desde la exigencia

Nuestra parte adulta cuida de nosotras, de nosotros, en el momento... Las decisiones que tomamos del momento tienen que ver con nuestra parte adulta y con la autocompasión hacia nosotros mismos y para el proceso de acompañar a las personas que sufren)

El autocuidado basado en la vivencia, en la conciencia, reporta amor.... Es la única manera que tenemos de plenitud y de acompañar en consciencia

AUTOCUIDADO CONSCIENTE

- “La vida sólo tiene sentido si nos cuidamos. El proceso de vivir está lleno de disparadores que nos exponemos a ellos desde la inconsciencia. Convivamos con ellos desde la consciencia y el amor. Hay esperanza y hay vida. Claro que la hay. Sólo hay que aprender a mirarla con nuestros propios ojos...”



AUTOCUIDADO

Autocuidado consciente personalizado

Autocuidado natural y orgánico por el mero hecho de ser.

Autocuidado consciente

Necesidades básicas con mimo, con naturaleza, lectura y música como canal con mi ser, reconectar con mi propósito (mental).

Decir no/si en función de la energía presente y la gratitud.

Autocuidado a raíz de sentir fatiga por compasión o burnout ante el dolor sostenido de quien acompaño.

Autocuidado consciente

Cultivar la presencia, espacios de vent emocional, recursos de autorregulación, apoyo, sostén y de supervisión que tengan reguladora. Preparación previa para recibir. Toma de decisiones. Descansos y prácticas.

Autocuidado a raíz de la activación de mis heridas no resueltas por sufrimiento social o biográfico.

Autocuidado co-consciente

Percibir las relaciones terapéuticas como partes de mí que aún no he identificado con y que no he sanado. Atender mi vulnerabilidad (herida) para volver a mi eje y re-conectar propósito. Confiar en mi eje.

Autocuidado a través de la transformación del otro.

Autocuidado Consciente

Tomar el crecimiento del otro como espacio propio crecimiento personal. Gloria/

EL MOMENTO PRESENTE

La paz sólo puede existir en el momento presente. Es ridículo decir “Espera hasta que termine esto, entonces seré libre y estaré en paz”. ¿Qué es “esto”? ¿Un diploma, un trabajo, una casa, el pago de una deuda? Si piensas de este modo, la paz nunca llegará. Siempre habrá otro “esto” que seguirá al del presente. Si no estás viviendo en paz en este momento, nunca serás capaz de hacerlo. Si de verdad quieres estar en paz, debes estar en paz ahora. De otro modo, sólo hay “la esperanza de paz algún día”.(Thich Nhat Hanh, 1988)



SÓLO TENEMOS MOMENTOS...UNO DETRÁS DE OTRO

¡¡GRACIAS!!

A full-page background image showing a sunset or sunrise over a body of water. The sun is a bright orange circle on the horizon, casting a glow across the sky and water. The sky transitions from a deep orange near the horizon to a dark grey-blue at the top. The water in the foreground is dark and calm, reflecting the light from the sun.