

Categoría

Iniciativas Corresponsables

Título

DIANA: liderazgo enfermero y corresponsabilidad comunitaria para prevenir el suicidio y la conducta autolesiva infanto-juvenil

Resumen

El Modelo DIANA (Dispositivo Intensivo de Atención a Niños y Adolescentes) es una iniciativa de liderazgo enfermero orientada a mejorar la atención a menores con conducta suicida o autolesiva mediante una respuesta intensiva, precoz, comunitaria y corresponsable.

Su objetivo es superar la fragmentación asistencial articulando un Ecosistema Protector de Corresponsabilidad que integre al menor, la familia, el equipo multiprofesional, los recursos sanitarios, los centros educativos, los servicios sociales, la administración local y los activos comunitarios del territorio.

El modelo incorpora intervención domiciliaria y comunitaria, trabajo familiar, grupos terapéuticos y multifamiliares, coordinación educativa y social, formación a docentes y colaboración formal con entidades deportivas y socioeducativas comunitarias. La evaluación comparativa entre la fase inicial y la fase consolidada de implantación del modelo, realizada en 151 participantes (74 pacientes de 10 a 17 años, 58 familiares o cuidadores principales y 19 profesionales) mostró una evolución favorable, con reducción de conductas autolesivas, intentos autolíticos, reconsultas urgentes e ingresos hospitalarios, junto con mejoras en el manejo familiar de crisis, la satisfacción de pacientes y familias y la competencia percibida.

DIANA demuestra que la prevención del suicidio infanto-juvenil puede organizarse como una responsabilidad compartida, liderada desde los cuidados enfermeros y sostenida por la comunidad.

Justificación

La prevención del suicidio y de la conducta autolesiva en la población infanto-juvenil constituye uno de los desafíos más complejos para los sistemas sanitarios actuales. Reducirlo a una respuesta exclusivamente asistencial supone ignorar que buena parte de los factores de riesgo y de protección se desarrollan fuera del ámbito sanitario: en la familia, la escuela, el entorno social, el ocio, el deporte y la comunidad.

La salud mental infanto-juvenil está estrechamente relacionada con la calidad de los vínculos, los entornos de apoyo, la seguridad y la participación social. Estos menores pueden encontrarse en situaciones de vulnerabilidad y riesgo de exclusión relacional, educativa y comunitaria por aislamiento, estigma, desvinculación escolar y barreras de acceso al apoyo, lo que exige una respuesta coordinada que trascienda el ámbito estrictamente sanitario^{1 2}.

En prevención del suicidio, las recomendaciones internacionales insisten en respuestas sostenidas, multisectoriales y con participación comunitaria³. Esta orientación se recoge también en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 y en el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027, que refuerzan la prevención, la detección precoz, la continuidad asistencial y la coordinación entre sectores^{4 5}. En el ámbito autonómico, el Plan de Prevención del Suicidio 2022-2026 plantea igualmente un enfoque de salud pública, coordinado y multisectorial para abordar la conducta suicida⁶.

Tradicionalmente, la atención a estos menores ha estado basada en actuaciones competentes, pero a menudo fragmentadas entre instituciones y niveles asistenciales. Cada recurso interviene desde su ámbito, sin que siempre existan estructuras estables para compartir objetivos, anticipar riesgos y construir respuestas integradas centradas en la persona. Esta fragmentación resulta especialmente relevante en la adolescencia, etapa en la que la conducta suicida y autolesiva exige una mirada clínica, familiar, educativa y comunitaria^{1 2 3}.

Esta realidad exigió transformar el modelo de atención, pasar de la derivación entre recursos a la corresponsabilidad. Bajo esta premisa nace el Modelo DIANA (Dispositivo Intensivo de Atención a Niños y Adolescentes), una iniciativa de liderazgo enfermero cuyo propósito es articular y construir un ecosistema protector alrededor del menor, articulando profesionales sanitarios, centros educativos, servicios sociales, administración local, entidades comunitarias, familias y activos del territorio.

Su finalidad no consiste únicamente en mejorar la asistencia clínica, sino en convertir a la comunidad en agente activo de prevención. Este planteamiento es coherente con la acción comunitaria en salud, que promueve el trabajo compartido entre sectores, la identificación de activos del territorio y la mejora de las condiciones de vida para generar salud y reducir desigualdades⁷.

Asimismo, se alinea con el marco de protección integral de la infancia y la adolescencia, que exige respuestas preventivas, coordinadas y orientadas a preservar la integridad física, psicológica y moral de niños, niñas y adolescentes⁸.

Así, DIANA no añade simplemente nuevas intervenciones: reorganiza recursos existentes para que la prevención deje de depender de actuaciones aisladas y se convierta en una responsabilidad compartida.

Desarrollo

El Modelo DIANA ofrece una atención intensiva, precoz y coordinada a menores con conducta suicida y/o autolesiva en seguimiento por un equipo de salud mental infanto-juvenil integrado en un Centro de Salud Mental de un área urbana de la Comunidad de Madrid. No se plantea como un recurso añadido, sino como una reorganización del proceso asistencial para llegar antes, acompañar mejor y sostener la continuidad de cuidados en situaciones de alta complejidad clínica, familiar, educativa y social.

El modelo se estructura bajo un liderazgo organizativo enfermero capaz de integrar profesionales, recursos e instituciones en torno a un mismo propósito asistencial. Enfermería no participa como un recurso más, sino como la disciplina que vertebra la continuidad de cuidados, coordina el plan individualizado, facilita la comunicación entre agentes, acompaña a la familia, activa recursos comunitarios y transforma la coordinación intersectorial en una intervención estable.

Este liderazgo enfermero integra funcionalmente la Terapia Ocupacional como disciplina estratégica del modelo. Su aportación permite trasladar la intervención hacia los espacios reales de participación del niño o adolescente, favoreciendo rutinas, actividades significativas, funcionalidad cotidiana, regulación emocional e integración familiar, educativa y comunitaria. El equipo multiprofesional aporta la mirada clínica, psicológica, social y ocupacional necesaria para abordar situaciones de alta complejidad, pero el valor diferencial de DIANA reside en cómo organiza esas disciplinas bajo una misma lógica de corresponsabilidad.

Para hacer tangible este enfoque, DIANA se sustenta sobre un Ecosistema Protector de Corresponsabilidad (EPC), una estructura organizativa que integra recursos sanitarios, educativos, sociales, familiares y comunitarios para generar un entorno coordinado de protección, capaz de prevenir, detectar precozmente e intervenir sobre la conducta suicida y autolesiva desde los contextos de vida del menor. La arquitectura de este ecosistema se representa en la *Figura 1 del Anexo 2*. El EPC no constituye un recurso independiente, sino la forma en que DIANA organiza los recursos existentes para que actúen como un sistema compartido de cuidados.

La actividad asistencial se articula mediante estrategias complementarias: atención precoz y de alta accesibilidad, intervención domiciliaria y comunitaria, trabajo con familias, intervención grupal y multifamiliar, coordinación con educación, servicios sociales y administración local, participación en mesas locales de prevención del suicidio y soledad no deseada, formación a docentes de centros educativos del área de referencia sobre autolesiones y conducta suicida, y activación de activos comunitarios de salud, incluyendo una entidad deportiva y socioeducativa comunitaria sin ánimo de lucro.

La línea educativa incluyó una propuesta formativa dirigida a docentes, orientada a mejorar la detección precoz, la comprensión de la conducta autolesiva y suicida, la identificación de señales de alarma y la coordinación con los recursos sanitarios. Esta formación se desarrolló en colaboración con la dirección territorial educativa de referencia y fue posteriormente incorporada a su propia oferta formativa, reforzando la sostenibilidad del modelo y ampliando su impacto más allá del dispositivo sanitario.

El modelo se desarrolló progresivamente desde la práctica asistencial: análisis de necesidades y diseño inicial, puesta en marcha de circuitos intensivos, intervención familiar y comunitaria, consolidación multiprofesional e intersectorial y evaluación comparativa entre una fase inicial y otra consolidada. La cronología de implantación y consolidación se representa en la *Figura 2 del Anexo 2*.

Actualmente, DIANA se mantiene como práctica asistencial estable, con evaluación periódica y adaptación territorial. Estas estrategias han convertido el domicilio, la escuela, la familia, los recursos sociales, el ocio saludable y los espacios comunitarios en lugares activos de intervención. El modelo incorpora además un convenio con una entidad deportiva y socioeducativa sin ánimo de lucro para facilitar actividades adaptadas en un entorno seguro, inclusivo y supervisado. El deporte, la convivencia y la participación comunitaria se integran como factores protectores del plan de cuidados.

Para evaluar los resultados del modelo se realizó una comparación entre una fase inicial de implantación y una fase consolidada, con una muestra de 151 participantes: 74 pacientes de 10 a 17 años con riesgo suicida y/o conducta autolesiva en seguimiento en salud mental infanto-juvenil, 58 familiares o cuidadores principales vinculados al proceso de atención y 19 profesionales directamente implicados en el desarrollo del modelo. Se comparó retrospectivamente una fase inicial de implantación (marzo de 2023 a febrero de 2024), con una fase consolidada evaluada prospectivamente (marzo de 2025 a febrero de 2026) utilizando periodos equivalentes para reducir posibles sesgos estacionales.

La evaluación incluyó indicadores asistenciales (conductas autolesivas, intentos autolíticos, reconsultas urgentes, ingresos, tiempo de respuesta y adherencia) e indicadores de experiencia y percepción (satisfacción, manejo familiar de crisis y competencia profesional percibida). Las fuentes de obtención de los datos fueron la historia clínica electrónica y cuestionarios a pacientes, familias y profesionales.

Los indicadores se organizaron conforme a las dimensiones de la Quintuple Meta: mejora de la salud poblacional, experiencia de pacientes y familias, eficiencia en el uso de recursos, bienestar profesional y equidad⁹. Esta alineación de los indicadores permitió evaluar DIANA no solo como una intervención clínica, sino como un modelo corresponsable de mejora del sistema de cuidados.

La innovación del Modelo DIANA no consiste únicamente en incorporar nuevas actividades, sino en transformar la relación entre los recursos existentes. Frente a un modelo basado en derivaciones sucesivas, DIANA propone una estructura donde sanidad, educación, servicios sociales, administración local, familia y comunidad comparten objetivos y actúan de forma coordinada.

Discusión / Conclusiones

La evaluación realizada mostró una evolución favorable en indicadores clínicos, asistenciales, familiares y de experiencia. Los principales resultados se recogen en la *Tabla 1 del Anexo 3*.

Durante el periodo evaluado, los episodios de conducta autolesiva por paciente disminuyeron de 2,0 a 1,4 y los intentos autolíticos registrados pasaron de 24 a 17. También se redujeron las reconsultas urgentes de 1,7 a 1,2 por paciente, y los ingresos hospitalarios, de 31 a 23. Estos datos sugieren una mayor capacidad del modelo para anticipar situaciones de crisis, intensificar el seguimiento y sostener al menor y su familia en el entorno comunitario.

Junto al impacto clínico, la capacidad percibida de las familias para manejar situaciones de crisis aumentó de 5,3 a 7,8 sobre 10, y la satisfacción global pasó de 6,2 a 8,4. Estos resultados apuntan a una mayor percepción de acompañamiento, accesibilidad y continuidad, dimensiones especialmente relevantes en población infanto-juvenil con sufrimiento psíquico.

En conjunto, los resultados respaldan al Modelo DIANA como una respuesta factible, útil y con potencial de transferencia para mejorar la atención a menores con conducta suicida y autolesiva desde una perspectiva corresponsable.

Su lectura desde la Quintuple Meta permite comprender el alcance del modelo: contribuye a la mejora de la salud poblacional al reducir conductas autolesivas e intentos autolíticos, mejora la experiencia de pacientes y familias al incrementar la satisfacción y la capacidad percibida de manejo de crisis, favorece un uso más adecuado de los recursos al disminuir reconsultas urgentes e ingresos, impulsa la equidad al acercar la intervención a los contextos reales de vida del menor y refuerza el bienestar profesional al proporcionar una estructura compartida para abordar situaciones de alta complejidad y aumentar la competencia percibida de los profesionales.

Uno de los principales resultados organizativos ha sido la consolidación de un Ecosistema Protector de Corresponsabilidad. El EPC no constituye una estructura teórica, sino la forma práctica en que DIANA transforma la coordinación intersectorial en cuidados: cada agente mantiene sus funciones, pero comparte objetivos, información relevante, planificación y responsabilidad sobre el bienestar del menor. De este modo, la comunidad deja de ocupar un papel periférico y pasa a integrarse activamente en el proceso de protección.

El liderazgo enfermero ha sido determinante. Enfermería ha actuado como eje de continuidad, coordinación y seguimiento, articulando la respuesta multiprofesional y comunitaria sin sustituir las competencias de cada agente. Esta función amplía su papel tradicional en salud mental infanto-juvenil, no se limita a prestar cuidados, sino que diseña, integra y sostiene una intervención comunitaria compleja.

El Modelo DIANA presenta un elevado potencial de aplicabilidad en otros territorios y/o contextos. No requiere necesariamente crear nuevos recursos, sino reorganizar los existentes mediante liderazgo enfermero, coordinación intersectorial, identificación de activos comunitarios y definición de itinerarios compartidos. Su adaptación exige preservar sus elementos esenciales: liderazgo enfermero, enfoque intensivo y precoz, participación familiar, trabajo comunitario, coordinación educativa y social, integración de Terapia Ocupacional y evaluación continua. Los elementos clave para su transferencia se sintetizan en la *Figura 1 del Anexo 4*.

Como limitación, la evaluación no corresponde a un ensayo clínico aleatorizado ni dispone de grupo control, por lo que los cambios observados deben interpretarse como una evolución asociada a la implantación y consolidación del modelo, sin establecer causalidad absoluta. No obstante, la consistencia de la mejora en dimensiones clínicas, familiares, asistenciales, organizativas y de experiencia refuerza la pertinencia de DIANA como modelo de cuidados corresponsables.

En conclusión, el Modelo DIANA muestra que la prevención del suicidio infanto-juvenil puede abordarse desde una lógica diferente, no como una sucesión de derivaciones entre recursos, sino como un sistema compartido de cuidados. Su principal aportación es haber convertido la coordinación intersectorial en una intervención enfermera estructurada capaz de articular un Ecosistema Protector de Corresponsabilidad alrededor del menor y su familia.

Cuando enfermería lidera, integra disciplinas, activa recursos comunitarios y compromete a la red social del menor, la prevención deja de ser una responsabilidad exclusivamente sanitaria y se convierte en una tarea compartida por toda la comunidad.