



GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

2023

Autoridades

Gobernador de la Provincia de Entre Ríos

Cdr. Bordet, Gustavo

Ministra de Salud

Mg. Velázquez, Sonia

Secretaría de Salud

Dra. Reh, Carina

Secretario de Políticas de Salud y Bienestar

Dr. Zanuttini, Guillermo

Director de Salud Mental y Adicciones

Dr. Berbara, Carlos

Dirección de Salud Mental en Atención Primaria

Lic. Agostina Pissaco Cal

Directora de Ciencia y Tecnología

Lic. Emiliana Olguin

Programa de Prevención del Suicidio

Coordinadora: Téc. Hilgenberg, Anabel



Esta obra se encuentra bajo la Licencia Creative Commons. Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>

De acuerdo a esta licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se cite correctamente la fuente. En el caso de realizar una adaptación (remezclar, transformar y construir a partir del material) debe utilizarse la misma licencia.

Guía elaborada por:

Coordinadora del Programa de Prevención del Suicidio

Téc. Hilgenberg, Anabel

Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental

Lic. Soledad Carrazza

Lic. Maialén Paruzzo

Residencia en Epidemiología

Lic. Delfina Noé

Colaboraciones en contenido:

Programa de Salud Integral de las Adolescencias - Dirección Materno

Infanto Juvenil

Ps. Fernanda Spessot

Dirección General de Segundo y Tercer Nivel de Atención

Lic. en Trabajo Social Zoe Mhor

Creación del documento con esquema farmacológico:

Hospital Escuela de Salud Mental

Méd. Esp. en Salud Mental Sandra Cortes

Colaboración en revisión y edición:

Dirección de Ciencia y tecnología | Departamento de Capacitación, Docencia e Investigación

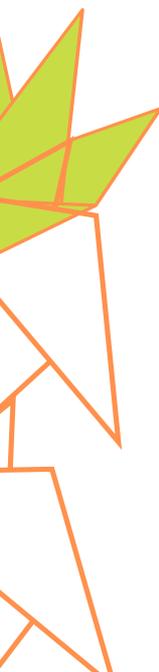
Lic. María José Canale

Téc. Erica Waigand

Lic. Fernanda Breppe

ÍNDICE

- Prólogo
- Introducción - Consideraciones generales
- Marco normativo
- Situación epidemiológica de la provincia
- Prevención - Promoción de salud mental
- Identificación de signos de alarma. Detección
 - Signos de alarma
 - Cómo escuchamos | Cómo nos comunicamos.
 - Factores de riesgo y factores de protección
- Atención / preguntas del lineamiento nación
 - Medidas iniciales de cuidado
 - Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos
 - Evaluación del riesgo
 - Estrategias terapéuticas inmediatas
 - Estrategias terapéuticas a mediano plazo
 - Seguimiento
- Notificación
- Posvención
- Circuito de abordaje integral de la problemática del suicidio
- Glosario
- Anexos
 - Circuito de abordaje integral de la problemática del suicidio
 - Flujograma para la atención
 - Sugerencias para realizar la evaluación de riesgo
 - Factores de riesgo que configuran el riesgo cierto e inminente
 - Tratamiento farmacológico
 - Ficha de notificación obligatoria



PRÓLOGO

Los suicidios y las autolesiones representan un problema grave de salud pública, atravesado por múltiples variables (individuales, sociales, culturales, demográficas, etc.) que hacen a su complejidad y a la necesidad de un abordaje integral para su comprensión; complejidad que lleva a posicionarse desde un paradigma que concibe la salud de manera integral y con perspectiva de derecho, apuntando a la interdisciplina, a la intersectorialidad y al abordaje comunitario.

De tal posicionamiento surge, como una necesidad estructural, trabajar tanto con los equipos de salud y de otros sectores involucrados como con la comunidad en relación a los prejuicios, tabúes, representaciones y sentidos que circulan socialmente en torno al suicidio y a la salud mental. De esta manera, se posibilitan abordajes e intervenciones pertinentes, situadas y responsables con la complejidad que la temática implica.

En Entre Ríos, el **Programa Provincial de Prevención del Suicidio** se encuentra bajo la órbita de la Dirección de Salud Mental en Atención Primaria, dependiente de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia. Algunas de sus líneas de trabajo son: espacios de capacitación e intercambio con trabajadores y equipos, conversatorios intersectoriales en relación a la problemática del suicidio en distintas localidades de la provincia, creación de materiales con orientaciones, lineamientos, sugerencias y herramientas para equipos, campañas de prevención y promoción de salud mental, investigación epidemiológica de la problemática, implementación de una línea telefónica para el abordaje de situaciones de urgencias de salud mental.

Esta Guía pretende **ser una herramienta para quienes deben intervenir** frente a situaciones de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones, a fin de unificar criterios que permitan mejorar las condiciones de atención - cuidado, garantizando la continuidad del mismo en un marco de abordaje integral.

En este punto, resulta pertinente resaltar que esta guía propiciaría que la atención de esta problemática pueda llevarse a cabo en todos los efectores de salud de la provincia de Entre Ríos.

Este documento se enmarca en la legislación vigente, destacándose la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 y la Ley Provincial N° 10.605 de Adhesión a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio.

El marco general de atención que aquí se sostiene se construyó siguiendo los **“Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes” (2012)**, los **“Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental” (2013)** ambos del Ministerio de Salud de la Nación, **“Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud” (2021)** de la Dirección de Adolescencias y Juventudes y el **“Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones” (2022)** de la Mesa de Trabajo intersectorial 2022.



INTRODUCCIÓN - CONSIDERACIONES GENERALES

En el imaginario social, el suicidio tiende a ser pensado como un acto individual. Sin embargo, tanto por su **alcance e impacto en lo colectivo**, como también porque lo social, cultural y contextual se interrelacionan en este fenómeno, debe ser dimensionado como un problema social y comunitario.

El suicidio no responde linealmente a una única causa, sino que es un **fenómeno multicausal**. Esto determina su complejidad y la necesidad de abordarlo de manera integral. La problemática del suicidio requiere un abordaje responsable desde un enfoque de salud integral y de derechos, con una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial y comunitaria.

Considerando las dimensiones de esta problemática se hace necesario sistematizar el **circuito de abordaje integral** (Ver Anexo 1), para unificar criterios de intervención y propiciar acuerdos interinstitucionales.

MARCO NORMATIVO

Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente.

El equipo de salud debe priorizar la asistencia de los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación. (Ley N° 27.130, art. 8).

El intento de suicidio **no califica como delito según el Código Penal**, por lo tanto, no es un evento que se deba denunciar a la policía, así como tampoco se deben adoptar medidas de encierro.

Si la persona usuaria, al momento de ingresar al efector de salud, se encuentra portando algún elemento que implique riesgo para sí o para terceros, se deberán tomar los recaudos necesarios para apartar dicho elemento, considerando los principios de accesibilidad, seguridad y cuidado correspondientes en la atención.

Si las medidas o recaudos no fueran suficientes, y atendiendo a la gravedad de la situación, se podrá solicitar intervención a la fuerza pública.

Es imprescindible, tanto en personas adultas como en situaciones de niños, niñas y adolescentes, brindar respuestas enmarcadas en el principio de corresponsabilidad e intersectorialidad que promuevan prácticas responsables en el marco de un trabajo coordinado en red con los distintos efectores comunitarios (Ley N° 26.061, arts. 5, 6, 7, 32, 42; Ley N° 26.657, art. 9).

Consentimiento Informado

Se deberá brindar información a la persona en términos claros y sencillos, en cuanto su estado de conciencia lo permita, sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y los efectos y/o resultados, así como otras alternativas terapéuticas y las posibles consecuencias de no tratarse. Será imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a los familiares y/o referentes afectivos o representantes legales para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad (Ley N° 26.529, art. 2 inc. e; Ley N° 26.657, art. 10).

Podrá aplicarse un tratamiento sin el consentimiento informado de la persona en caso de que sea necesario para impedir un daño inmediato a sí mismo o a terceros. No obstante, se debe hacer todo lo posible por informar a la persona y/o referentes para que comprendan las acciones a realizar y que participen prontamente en la aplicación del plan de tratamiento teniendo oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas (Ley N° 26.657 art. 7 inc. j, arts. 10 y 23). En el caso de niños, niñas y adolescentes está sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso del consentimiento en personas adultas (Ley N° 26.529 art. 2 inc. e, arts. 6 y 10).

Confidencialidad

Los trabajadores de la salud tienen la obligación de asegurar la confidencialidad de la información. Ésta sólo podrá divulgarse con el consentimiento de la persona o si el/la profesional o equipo de salud considera imprescindible compartirla con terceros en caso de riesgo cierto e inminente y para favorecer una mejor atención. En caso de niños, niñas y adolescentes está sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de adultos (Ley N° 26.529 art. 2 inc. e y art. 4; Ley N° 17.132 art. 11).

Medidas de protección integral de niños, niñas y adolescentes

En caso de situación de vulneración o auto vulneración (comportamiento autolesivo) de derechos se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/adolescente que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral (Ley N° 26.061, arts. 9, 30 y 33; Ley N° 26.657 art. 26).

Un aspecto esencial de la asistencia es tener en cuenta el interés superior del niño, niña y adolescente, y el respeto por sus puntos de vista en todo momento (Convención sobre los Derechos del Niño arts. 3, 12; Ley N° 26.061, arts. 1, 3, 24).

Consentimiento autónomo para el cuidado del propio cuerpo¹

- Niños/as hasta 13 años: brindan su consentimiento con asistencia. Debe considerarse el interés superior y su autonomía progresiva.
- Adolescentes entre 13 y 16 años: pueden consentir toda práctica que no implique riesgo grave para su salud o su vida.
- Adolescentes a partir de 16 años: tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA PROVINCIA

Consultas ambulatorias²

En la consulta ambulatoria el suicidio/intento de suicidio (CIAP2, Programa SUMAR) representan el 2,3% de las consultas totales por motivos de Salud Mental en el periodo estudiado (2019-2022). Aumentando a un 4% en el grupo de 15 a 29 años y un 3,3% en los mayores de 75 años.

Egresos hospitalarios³

Las lesiones autoinfligidas representan la segunda causa de egreso por motivos de Salud Mental en la provincia en los últimos dos años analizados (2018-2019).

¹ Artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación.

² Sala de Situación Virtual. Panel de Salud Mental. Ministerio de Salud de Entre Ríos. 2022.

³ Informe técnico :Egresos por motivos de salud mental. Entre Ríos 2017-2019. Programa de Epidemiología en Salud Mental. Dirección General de Salud Mental. Año 2022.

EN EL AÑO 2019:

- 8 de cada 1.000 internaciones en la provincia fueron por lesiones autoinfligidas.
- Los intentos de suicidio representaron el 18% de los egresos por motivo de SM.
- El 63% de los egresos por lesiones autoinfligidas fueron en mujeres, el 37% en hombres.
- En cuanto a la edad, el 50% de los casos estuvo en el grupo de 15 a 29 años.
- Según domicilio de residencia se observó la mayor proporción en Gualeguaychú, Uruguay, Paraná y Villaguay.
- El 1% de los egresos fueron óbitos

Mortalidad⁴

La tasa de mortalidad específica por suicidio osciló, en el período 2016-2020 alrededor de 12/100.000 habitantes, superando ampliamente la tasa nacional (8/100.000 habitantes). En cuanto a la distribución por departamentos, la mayoría se encuentra por encima de la tasa provincial.

Las tasas más elevadas se encuentran en el grupo de 75 años y más, con predominio del sexo masculino, donde los varones representan el 80% del total de las muertes por suicidio en la provincia.

El método más utilizado suele ser el ahorcamiento, estrangulación o sofocación, en ambos sexos, a medida que aumenta la edad aumenta el uso de armas de fuego como método.

⁴ Descripción de la problemática del suicidio durante el período 2016-2020 en la Provincia de Entre Ríos. Programa Provincial de Prevención del Suicidio. Dirección General de Salud Mental. Año 2022.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Prevenir el suicidio es promover la salud mental

Por qué prevención

La prevención designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de riesgos o ciertos comportamientos perjudiciales para la salud relacionados al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Abarca medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de padecimientos, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Por qué promoción

La promoción de la salud se configura como una práctica integral que involucra a diversos actores institucionales y comunitarios en acciones específicas orientadas al bienestar y al cuidado en general. En este caso es esencial la participación comunitaria, la producción de conocimientos interdisciplinarios, la implementación de abordajes intersectoriales y en red (OMS, 1998).

Es importante promover la generación de herramientas para que las personas puedan tener un mayor control sobre su propia salud y mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto sobre la salud.

Promover acciones tendientes al cuidado de la salud mental, a la fomentación de vínculos basados en la escucha respetuosa, al fortalecimiento individual y grupal, considerando el contexto socio-cultural, ambiental y económico particular; promover el habla en un espacio que aloje, donde se permita derribar mitos y tabúes instaurados; posibilita la adopción de medidas en pos del cuidado de la salud individual y comunitaria y la prevención de situaciones que la ponen en riesgo.

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA. DETECCIÓN

La detección de situaciones de riesgo y/o conductas autolesivas puede darse en distintos ámbitos: instituciones de salud, espacios comunitarios, escuela, lugares de trabajo, entre otros. Las mismas pueden ser manifestadas por la persona o por terceros, o inferidas por el/la profesional o equipo de salud. De cualquier forma, representan siempre una urgencia y debe priorizarse su atención.

Asimismo, dentro del sistema de salud, puede presentarse en distintos espacios de atención, según la vía de ingreso. La urgencia puede ser detectada en una consulta de salud de rutina, espontánea o en una interconsulta; a través de la Línea Telefónica de Orientación y Apoyo en las Urgencias de Salud Mental; o en diferentes ámbitos institucionales y comunitarios.

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, hablar del suicidio no provoca actos de autolesión. Por el contrario: permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando y en muchos casos aliviar, al menos momentáneamente, la tensión psíquica que constituye la ideación de muerte. El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.

Es recomendable que durante la conversación se emplee un lenguaje sencillo y claro y se adopte una actitud de respeto e imparcialidad. Es importante responder con sensibilidad a la revelación de información privada y establecer una relación de confianza para que se expresen. Suelen ser indicadas preguntas que gradualmente profundizan el tema.

Signos de alarma

Se pueden mencionar ciertas manifestaciones a las que se debe prestar atención, pero no como referencias lineales ni unicasales, sino considerando las condiciones y el contexto específico de cada situación.

Llanto inconsolable | Tendencia al aislamiento | Amenazas suicidas | Deseos de morir | Desesperanza | Súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos | Aislamiento, conductas inusuales | Consumo excesivo de alcohol o drogas | Realizar notas de despedidas, etc. | Ausencia de proyectos vitales a corto/medio plazo | Dificultades para compartir el malestar o sufrimiento con familiares y/o referentes afectivos | Cese de actividades que antes realizaba, o incapacidad de disfrutar de las mismas | Autolesiones normalmente realizadas con la finalidad de regular emociones negativas.

Cómo escuchar | Cómo comunicar

Escucha activa | Demostrar interés | Cuidar la privacidad y garantizar la confidencialidad del diálogo | No temer preguntar sobre los pensamientos suicidas o de muerte | No dejarse llevar por propias suposiciones e intentar dejar de lado prejuicios | No interrumpir innecesariamente el discurso de la persona | Evitar juzgar e interpretar. No deben presentarse las propias ideas como si fueran el único modo razonable de ver las cosas | Evitar los juicios de valor o el proponer soluciones “fáciles” (la retórica vitalista, llamado al optimismo) | Sugerir en lugar de indicar.

Factores de Riesgo

Dificultades en el acceso a la atención de salud | Fácil acceso a medios utilizables para suicidarse | Estigmas asociados a la búsqueda de ayuda | Violencias | Discriminación | Situaciones de abuso | Aislamiento y falta de apoyo social | Conflictos en las relaciones o pérdidas | Intento de suicidio previo | Existencia de padecimiento mental | Consumo problemático de drogas y/o alcohol | Pérdida de trabajo o financiera | Antecedentes familiares de suicidio.

Factores de Protección

Apoyo de la familia y/o referentes afectivos | Apoyo de personas relevantes | Vínculos saludables con su familia y/o referentes afectivos | Integración social | Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades.

Ante un caso de suicidio, intento o manifestaciones de padecimiento que puedan indicar riesgo suicida, es prioritario ofrecer una atención integral e integrada, tanto para la persona como para su familia y entorno cercano. (Dirección de Adolescencias y Juventudes, 2021)

Medidas iniciales de cuidado

-Si en la institución sanitaria no se cuenta con un profesional de la Salud Mental, cualquier trabajador de Salud puede realizar intervenciones de contención y acompañamiento.

-La atención debe ser receptiva y humanitaria, darse en un ambiente de privacidad y disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza, prestando cuidado al posible malestar emocional asociado a los actos de autolesión.

-La persona no debe permanecer en ningún momento sola, debe estar acompañada por un referente vincular y/o por personal sanitario.

-Se recomienda identificar en el entorno acompañante a algún referente vincular que pudiera colaborar durante el proceso de atención y al cual también es recomendable brindar apoyo y contención.

-No hay que dejar al alcance de la persona que sufrió un intento de suicidio elementos potencialmente peligrosos (armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos).

Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos

Evaluar:

- Signos vitales.

- Examen físico completo: la existencia de lesiones físicas no observables a primera vista, considerando tanto las recientes como cicatrices u otras lesiones y secuelas (cortes en el cuerpo, signos de asfixia y otras).

- Evaluar específicamente probables signos de abuso sexual y/o maltrato.
- Signos físicos de ingestión de alcohol o drogas de abuso y otras sustancias tóxicas.
- Embarazo.
- Evaluación psíquica.
- Estado de conciencia y estado cognitivo global.
- Grado de orientación.
- Aspecto físico: descuidado, vestimenta extravagante o bizarra, falta de higiene.
- Estado motriz: inquietud, desasosiego, hiperactividad motriz, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía.
- Actitud: colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.
- Lenguaje: verborrágico, mutismo, habla espontáneamente, neologismos.
- Pensamiento: curso y contenido.
- Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas.
- Afectividad: humor expansivo (manía), humor deprimido (depresión), indiferencia afectiva (esquizofrenia), labilidad.
- Sueño.
- Actitud alimentaria.
- Juicio: conservado, desviado.

Se debe prestar especial atención ante:

- Nivel de ansiedad alto (expresada por hiperactividad motriz, y/o psíquica, desasosiego).
- Llanto incoercible.
- Actitud o conducta lesiva.
- Amenazas verbales o actitud amenazante.
- Retraimiento, hermetismo, mutismo o catatonía.
- Actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide.
- Estado alucinatorio franco.
- Confusión mental.

Estabilización:

- Tratamiento médico habitual de los síntomas físicos y/o lesiones si las hubiera.

- Tratamiento de los síntomas psíquicos que se presenten en la urgencia, priorizando la intervención verbal. Hacer uso de intervención farmacológica y/o contención física en caso de ser necesario. (Ver Anexo 5)

- Realizar un diagnóstico diferencial entre intoxicación por sustancias de abuso, medicamentos u otros cuadros de causas diversas (orgánicas, metabólicas, entre otras) y/o trastorno mental. Tener en cuenta que estos cuadros pueden coexistir y requieren tratamiento médico causal o específico.

- En caso de excitación psicomotriz franca que no responde a la contención verbal, implementar contención medicamentosa y/o física, teniendo la precaución de que la sedación no interactúe o potencie los efectos de otro cuadro.

Está indicada en todas las personas que hayan realizado algún intento, expresado ideas o intenciones suicidas, o cuyas acciones lo sugieren aunque lo nieguen (Ver Anexo 3 y 4)

¿A quienes entrevistar? Es necesario **entrevistar al paciente/usuario**, de ser posible sin la presencia de su acompañante, preguntándole abiertamente acerca de la ideación y la intención; en el caso de NNA, al **adulto referente o núcleo familiar acompañante** –y si no existieran se comunicará a la autoridad administrativa de protección de derechos-; y a otros **referentes o pares** presentes o que se considere pertinente convocar – referente cultural si la persona es indígena, pareja, amigos, vecinos, docentes, compañeros de trabajo, etc.–. Si los referentes vinculares no están presentes se los llamará de inmediato. En tanto en caso de ser necesario a causa de situaciones de violencia o ausencia de referentes afectivos, por ejemplo, el organismo de protección de derechos (COPNAF) dispondrá, según criterios y recursos, la intervención necesaria.

Es frecuente que el intento sea expresión de un **malestar o sufrimiento en el ámbito de los vínculos afectivos cercanos**, por tanto, de no trabajar terapéuticamente la situación con los integrantes de ese entorno, se corre el riesgo de que se perpetúen las conductas. Las personas que acompañan deben también ser asistidos y contenidos por parte del sistema sanitario, contando con un **espacio de psicoeducación que los oriente sobre las medidas de protección y cuidado** (retirar elementos peligrosos, prestar atención a los primeros meses luego del intento, continuar con el tratamiento en Salud Mental y las redes de apoyo, entre otros)

Factores de riesgo a evaluar:

- **Letalidad del método***. Determinada por la peligrosidad para la integridad física en sí misma y por la percepción que la persona tenga de ella, que no siempre coinciden.

* El método utilizado siempre deberá ser considerado en el contexto de la existencia de plan autoagresivo y del grado de impulsividad.

Letalidad moderada y baja: ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad, cortes leves, escasos y superficiales, cualquier otra conducta de autoagresión de características tales que no hubieren podido ocasionar daño severo.

- **Planificación del acto** (plan minucioso, cartas o notas, plan reiterado en el tiempo).

- **Circunstancias en la que se concretó el plan**

- **Grado de impulsividad**

- **Actitud y afecto posterior al intento**

- **Estado psíquico al momento de la consulta**, existencia de:

Intoxicación o consumo agudo de sustancias: alcohol o drogas

Acción autolesiva repetida. Intentos previos

Presencia de padecimiento mental previo/patología psiquiátrica previa

Patología orgánica grave, crónica y/o terminal

Evento estresante desencadenante del acto o ideación autolesiva

- **En relación al contexto sociofamiliar:**

Actitud desinteresada o negligente frente a la situación

Red actual insuficiente o poco continente

Historia de violencia intrafamiliar

Aislamiento

Ámbito escolar incontinente o pérdida de escolaridad

Autoagresión como modalidad habitual en grupo de pares

Situación de vulnerabilidad socioeconómica

Factores de protección a evaluar:

- **Patrones familiares:** apoyo, buena relación con miembros de la familia.

- **Estilo cognitivo y personalidad** (buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades).

- Factores culturales y sociodemográficos (integración social, buena relación con pares y referentes, apoyo de personas relevantes).

Si existen dudas acerca de los resultados de la evaluación realizada, se sugiere que la persona permanezca un lapso breve en observación a determinar por el profesional interviniente y según las posibilidades de cada caso. Se realizará una nueva evaluación, que podrá ayudar a ratificar o rectificar alguno de los factores antes mencionados, o incluso constatar alguna modificación.

Estrategias terapéuticas inmediatas

Internación o permanencia en guardia o sala del hospital polivalente para

A- observación. Evaluación por profesional de salud mental en un lapso no mayor a 48 hs. Si la situación lo permite, no se debe indicar derivación a institución monovalente de Salud Mental.

Alta Institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental. Se considerará la

B- posibilidad de alta con indicación de seguimiento por el equipo de salud mental cuando:

- La acción autolesiva es de bajo grado de agresión.
- Ideación de poca consistencia.

El contexto familiar se evalúa como medianamente continente y los

- referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado.
- Se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento.
- Puede garantizarse el seguimiento.

EL ALTA SE DARÁ GARANTIZANDO:

- Turno asignado para Salud Mental. Se debe especificar fecha y hora del turno y nombre del profesional (dentro de los 7 días subsiguientes).
- Acompañamiento permanente por un referente afectivo.

CONSIDERACIONES GENERALES POSTERIOR A LA INTERNACIÓN

- Evaluar la situación global y la existencia de riesgo en esta segunda instancia.
- Considerar las modificaciones que pudieron o no haberse producido en ese breve lapso de tiempo, teniendo en cuenta:
 - Cambio de actitud o persistencia de conducta en relación al hecho.
 - Disminución de síntomas psíquicos relevados en la urgencia.
 - Respuesta al tratamiento farmacológico si fue indicado.
 - Contexto familiar que haya podido funcionar como continente.
 - Existencia de una red familiar y/o social ampliada que se haya conformado.

Luego de realizar la evaluación específica, el equipo de salud mental

- determinará la persistencia, agravamiento o disminución del riesgo y diseñará una nueva estrategia de seguimiento inmediato y a corto plazo.

En los casos de mayor gravedad no es esperable que la situación de riesgo se modifique en ese corto tiempo, con frecuencia la intervención del equipo de salud funciona como ordenadora tanto para la persona como para su familia. La institución puede comportarse como un marco de contención.

Es fundamental el registro en el libro de guardia y en la historia clínica en donde conste lo actuado.

Estrategias terapéuticas a mediano plazo

En relación a la internación/tratamiento, tener en cuenta:

- Preferentemente indicar internación en el hospital general y seguimiento por salud mental.
- Si no se pueden garantizar las condiciones de cuidado en la institución que
- recibe la demanda, se debe proceder a la derivación a otro efector que pueda garantizarlos, priorizando la cercanía geográfica.

- Si la persona está en seguimiento ambulatorio hay que ratificar dicha estrategia o indicar su internación si lo amerita, en función de la evaluación del riesgo.
- Alta de internación y tratamiento ambulatorio de Salud Mental.

Las estrategias de tratamiento ambulatorio pueden incluir diversas opciones, teniendo en cuenta que las mismas deben ser elaboradas según el caso por caso:

Esta intervención debe incluir una propuesta de plan terapéutico integral, que contemple aspectos orgánicos, psicológicos y sociales, a desarrollarse en un centro de salud cercano al domicilio de la persona. Garantizar, junto con el alta, la asignación de un turno para Salud Mental dentro de los siete días subsiguientes, especificando fecha y hora del turno y nombre del profesional.

- Espacio terapéutico individual.
- Espacio psicofarmacológico. (Ver Anexo 5).
- Espacios grupales.

Seguimiento

- Mantener un contacto regular, inicialmente con mayor frecuencia durante los dos primeros meses, continuando el seguimiento mientras persista el riesgo de autolesión o suicidio, y reduciéndolo a medida que la persona mejore durante un lapso de dos años (OPS/OMS, 2018).

- Implementar estrategias de búsqueda activa y derivación oportuna: intervenciones de articulación entre los servicios de atención primaria de la salud, agentes sociosanitarios en territorio y otros actores de la comunidad (escuelas, clubes, ámbitos de trabajo, etc.) para fortalecer el acompañamiento de la persona y su red inmediata, el seguimiento de derivaciones, el monitoreo del cumplimiento del plan terapéutico y la implementación de intervenciones si es necesario mejorar la adherencia al tratamiento.

- Promover y fortalecer una red de referentes de los distintos servicios y niveles de atención implicados (referencia y contrareferencia).

- En el caso de NNyA, promover el acompañamiento de un referente adulto
- significativo durante todo el proceso. Realizar entrevistas periódicas con referentes afectivos para acompañamiento, asesoramiento y orientación.

- Entrevistas con el núcleo de referentes afectivos, determinando el tipo de
- estrategia de intervención: entrevistas vinculares de todo el grupo familiar, con o sin inclusión de la persona usuaria, etc.

- Apoyo psicosocial, optimizando los recursos disponibles en la comunidad.
- Estos incluyen referentes afectivos como amigos, conocidos, líderes religiosos; o recursos de la comunidad y de salud locales.

NOTIFICACIÓN

La **Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130** declara “de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio”. La reglamentación de esta ley promueve la **unificación de registros sobre suicidios** e intentos de suicidios como así también la creación de un **sistema de registro de notificación obligatoria**.

Dicha ley dispone en el **artículo 6, incisos e y f** :

- “Crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados”

- “Los casos de suicidio y las causas de los decesos deben notificarse obligatoriamente a la autoridad sanitaria más próxima”

Para ello es necesario establecer un sistema de recolección de la información que permita conocer la ocurrencia y distribución de los intentos de suicidios (con o sin desenlace fatal) para producir información oportuna, sistemática y periódica orientada a la toma de decisiones para medidas de prevención y promoción.

Este sistema debe abarcar los **subsistemas públicos y privados de todo el territorio provincial**. En el desarrollo de las actividades deben tenerse en cuenta los siguientes pasos:

- 1 ● Recolección y registro de datos.
- 2 ● Procesamiento, análisis e interpretación de los datos.
- 3 ● Difusión de conclusiones y recomendaciones.

El proceso comienza a nivel local, con la recolección de los datos y su notificación a la autoridad sanitaria provincial.

Tanto el procesamiento, análisis e interpretación como la difusión quedan a cargo del programa de epidemiología de la dirección general de salud mental.

Dicha recolección se establece mediante una ficha que consigne información clínica, epidemiológica y toda información relevante. (Ver Anexo 6)

Los **objetivos de la vigilancia** del evento son:

- Dimensionar la magnitud del evento en tiempo, persona y lugar.
- Caracterizar epidemiológicamente los intentos de suicidio.
- Identificar las poblaciones o grupos de riesgo para fortalecer las actividades de prevención.
- Obtener información para procurar las acciones de acompañamiento, seguimiento y asistencia a las personas con intento de suicidio y a sus referentes vinculares.

La **notificación** será nominal, universal, de periodicidad semanal.

Operativamente, la **definición de caso** es:

Todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

CLASIFICACIONES DE CASO:

-SIN RESULTADO MORTAL: todo comportamiento con resultado no mortal para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

-CON RESULTADO MORTAL: todo comportamiento con resultado mortal para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte

POSVENCIÓN

La posvención tiene que ver con las acciones, intervenciones, estrategias que se llevan adelante posteriormente a un suicidio consumado o intento de suicidio. Se trata de un trabajo con el entorno más cercano de esa persona, de acompañamiento e identificación de signos de mayor vulnerabilidad.

Tres ejes desde donde se pueden pensar el trabajo en posvención

- **Detección del riesgo.** Realizar un diagnóstico de situación e identificar signos de vulnerabilidad en la red inmediata. Realizar un seguimiento del entorno cercano.
- **Encauce del duelo.** Acompañar a amigos, compañeros, familiares en la tramitación del dolor.
- **Fortalecimiento de factores protectores.** Generar o retomar dispositivos específicos, identificando referentes en las instituciones (más allá de los especialistas).

¿Cómo llevar a cabo acciones de posvención?

Es necesario implementar a la brevedad **intervenciones de posvención tanto a nivel individual como grupal y sociocomunitario**. Según estándares internacionales, se espera que se intervenga en posvención **a partir de las 48 o 72 horas** posteriores a la situación y en un plazo de hasta dos meses, manteniendo luego acciones de seguimiento.

En esta línea, es imprescindible trabajar con los grupos de referencia (en la **contención, orientación, asistencia**) en todos los ámbitos donde estaba inserta la persona -amigos/as, pareja/s y compañeros/as- en **espacios educativos, recreativos, deportivos, culturales, laborales, comunitarios, etc**, promoviendo espacios de circulación de la palabra, actividades expresivas escritas y/o habladas, artísticas y/o lúdicas, fortalecer redes intersectoriales locales.

Conducta autoagresiva/lesiva:

Acto deliberado con intención de ocasionarse dolor, agresión o lesión, sin intención manifiesta o evidencia explícita o implícita de ocasionarse la muerte (los más frecuentes: ingesta de medicamentos y/o de sustancias tóxicas, cortes en el cuerpo auto infligidos para aquietar estados de angustia).

Conducta de riesgo:

Todo comportamiento que en sí mismo o por las consecuencias inmediatas o potenciales pudiere ocasionar un daño físico (abuso problemático de sustancias, promiscuidad sexual, etc.).

Conductas suicidas:

Toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiere finalizar en dicha acción, aún cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta.

Ideación de autoagresión/lesión:

Pensamiento manifiesto y/o intención explícita o implícita de realizar un acto o conducta de autoagresión.

Ideación suicida:

Pensamiento o ideación de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir. La ideación suicida puede variar en severidad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención. Es importante, aunque no sencillo, diferenciarla de la ideación de muerte.

Ideación de muerte:

Pensamientos en cuyo contenido manifiesto se expresan fantasías de muerte, o aquellos en los que se infiere dicha fantasía pero que no se acompañan de intención suicida explícita o implícita. Generalmente asociados a la fantasía de finalizar con estados de angustia.

Se diferencia de la ideación suicida en que en la idea de muerte la intención de producirse un daño no se expresa, ni se infiere, o a veces puede directamente negarse. Sin embargo, aun cuando no se exprese o no se verifique intención de realizar un acto para concretarlo, las ideas de muerte pueden corresponderse a fantasías inconscientes de suicidio y/o se asocian o se continúan con ideación, intención o actos suicidas.

Intención suicida:

Expectativa y deseo subjetivo de realizar un acto autodestructivo que finalice en la muerte. Se diferencia de la ideación suicida en que en este caso se agrega la intención explícitamente.

Intento de suicidio/autolesión:

Acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente, y/o referente/acompañante.

Letalidad del comportamiento suicida:

Peligro objetivable para la vida asociado con un método o acción suicida. Es importante notar que la letalidad es distinta y no necesariamente coincide con las expectativas de un individuo acerca de lo que puede ser médicamente peligroso. Por ejemplo, la ingestión de una cantidad importante de analgésicos (que tienen alta toxicidad renal) y que son consumidos habitualmente en la familia considerándolos poco tóxicos.

Suicidio consumado:

Muerte auto infligida con evidencia implícita o explícita que la persona intentó quitarse la vida.

Ideación de muerte:

Pensamientos en cuyo contenido manifiesto se expresan fantasías de muerte, o aquellos en los que se infiere dicha fantasía pero que no se acompañan de intención suicida explícita o implícita. Generalmente asociados a la fantasía de finalizar con estados de angustia.

Se diferencia de la ideación suicida en que en la idea de muerte la intención de producirse un daño no se expresa, ni se infiere, o a veces puede directamente negarse. Sin embargo, aun cuando no se exprese o no se verifique intención de realizar un acto para concretarlo, las ideas de muerte pueden corresponderse a fantasías inconscientes de suicidio y/o se asocian o se continúan con ideación, intención o actos suicidas.

Intención suicida:

Expectativa y deseo subjetivo de realizar un acto autodestructivo que finalice en la muerte. Se diferencia de la ideación suicida en que en este caso se agrega la intención explícitamente.

Intento de suicidio/autolesión:

Acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente, y/o referente/acompañante.

Letalidad del comportamiento suicida:

Peligro objetivable para la vida asociado con un método o acción suicida. Es importante notar que la letalidad es distinta y no necesariamente coincide con las expectativas de un individuo acerca de lo que puede ser médicamente peligroso. Por ejemplo, la ingestión de una cantidad importante de analgésicos (que tienen alta toxicidad renal) y que son consumidos habitualmente en la familia considerándolos poco tóxicos.

Suicidio consumado:

Muerte auto infligida con evidencia implícita o explícita que la persona intentó quitarse la vida.

**ANEXO Nº 1 - CIRCUITO DE
ABORDAJE INTEGRAL DE LA
PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO**

ANTES

» **Población objetivo:** Personas con intentos de suicidio, suicidio consumado, riesgo/ vulnerabilidad suicida, autolesiones.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

Se propone un abordaje comunitario, intersectorial, interdisciplinario, responsable y desde una perspectiva de derechos.

Cómo: campañas gráficas, audiovisuales, talleres, espacios de promoción de la salud, líneas telefónicas de atención, etc.

NOTIFICACIÓN

Captación, registro y notificación a la autoridad sanitaria provincial
» SNWS 2.0

DURANTE

» **Quiénes:**



SISTEMA SANITARIO

- » Hospitales de 2do y 3er nivel
- » Centros Reg. de Referencia
- » Centros de At. Prim. de la Salud
- » Centros especializados



LÍNEAS TELEFÓNICAS

- 0800 777 2100 | Salud Mental¹
- 107 | Emergencia sanitaria
- 911 | Emergencias
- 102 | Copnaf
- 144 | Violencia de género



ÁMBITO ESCOLAR

- » Docentes / Directivos
- » Tutores
- » Preceptores
- » Grupo de pares
- » PASEC²



ORG. DE PROTECCIÓN

- » Copnaf | Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia



ÁMBITO JUDICIAL

- » MIP - Poder Judicial
- 0800 444 6372
- » Órgano de Revisión



OTROS ÁMB. COMUNIT.

- » CIC
- » Clubes
- » Ref. comunitarios
- » Asociaciones civiles / ONGS

1 **Detección de conductas que llaman la atención y acompañamiento en el acceso a los servicios de salud** | La mejor manera de detectar si una persona tiene pensamientos suicidas es preguntándolo. Utilizar un lenguaje sencillo y adoptar una actitud respetuosa e imparcial. Urgencia no siempre es sinónimo de prisa; conversar intentando establecer una relación de confianza.

2 **Derivación asistida para su atención** | De manera responsable, acompañando hasta la institución de salud más cercana.

3 **Medidas iniciales de cuidado. Identificando un referente vincular, conteniendo sin dejar sola a la persona** | Conseguir un espacio adecuado. Asignar el tiempo que resulte necesario. Ofrecer una escucha atenta. Identificar en el entorno acompañante, la presencia de algún referente vincular. No desestimar los relatos ni emitir juicios morales o de valor.

4 **Evaluación y estabilización de signos físicos y psíquicos.**

5 **Evaluación de riesgo** | Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio. Ideación suicida actual. Planificación del acto. Letalidad del método. Grado de impulsividad. Actitud y afecto posterior al intento. Estado psíquico al momento de la consulta. Contexto sociofamiliar, sistema de apoyo de la persona: referentes afectivos y comunitarios.

6 **Es fundamental el registro en el libro de guardia y en la historia clínica en donde conste lo actuado:** diagnóstico, evaluación de riesgo y las razones que motivaron la estrategia.

Estrategias terapéuticas:

» Estrategias de intervención en la urgencia

» Estrategias terapéuticas inmediatas

» Seguimiento

Evaluación clínica completa: entorno seguro dentro del establecimiento, confiabilidad y consentimiento. Evaluación situacional. No dejar sola a la persona e identificar referentes vinculantes. No denunciar a la policía. No dejar elementos potencialmente peligrosos.

Internación o permanencia en guardia para observación. Alta institucional y tratamiento ambulatorio de salud mental. Acompañamiento permanente. Corresponsabilidad.

Consensuar el alta a partir de una evaluación interdisciplinaria. Propuesta de plan terapéutico integral. Garantizar el abordaje de salud mental dentro de los siete días siguientes. Mantener un contacto regular, inicialmente con mayor frecuencia (por un plazo de dos años). Implementar estrategias de búsqueda activa y derivación oportuna. Intersectorialidad. En el caso de MNVA, promover el acompañamiento de un referente adulto/a significativo. Dar intervención al organismo de protección de derechos.

DESPÚES

POSVENCIÓN

Reducción del impacto por medio de la orientación, la contención y el acompañamiento.

» Tiene que darse en un plazo no mayor a 30 días.

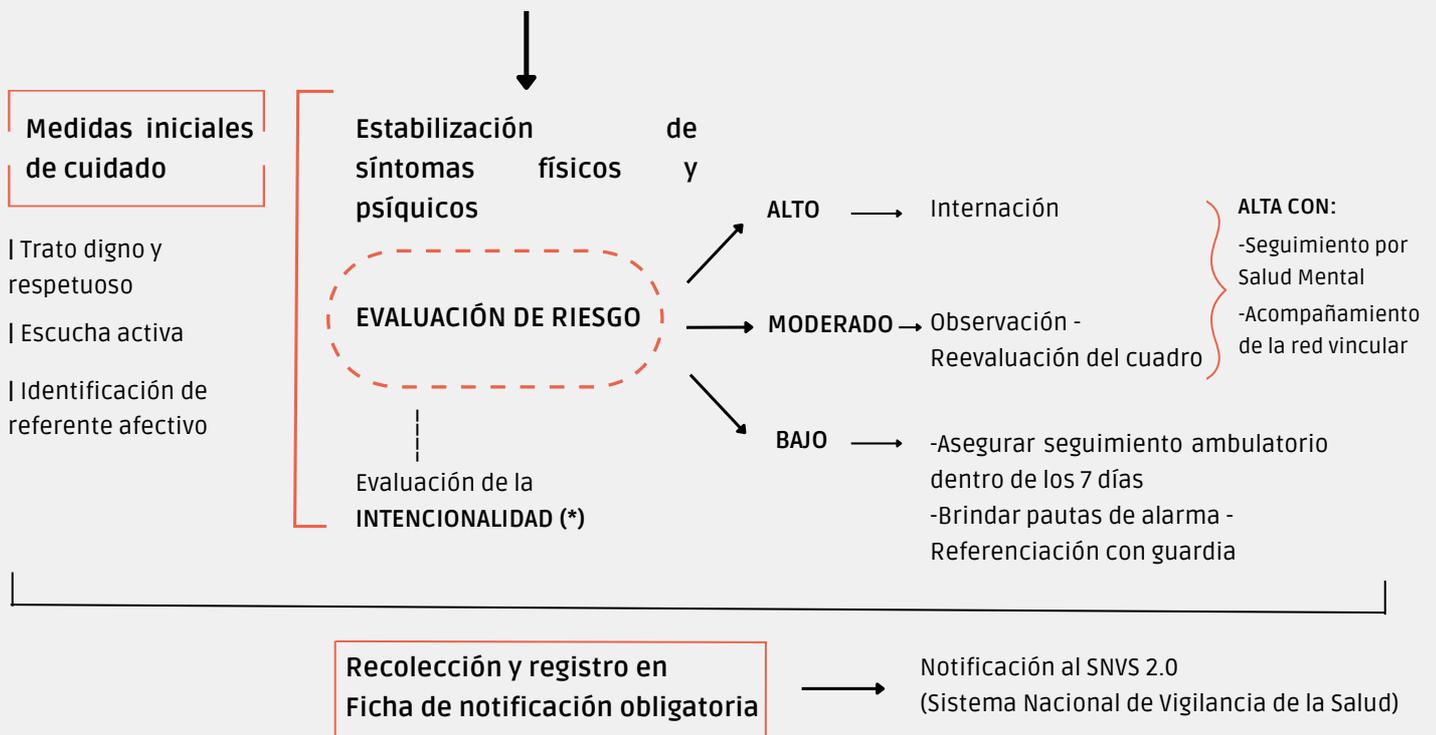
Cómo: Seguimiento, intervenciones intersectoriales que refuercen la prevención y promoción de salud específica e inespecífica.

1- Línea Telefónica de Orientación y Apoyo para las Urgencias en Salud Mental. Dirección General de Salud Mental - Programa Provincial de Prevención del Suicidio.

2- Programa para el Abordaje de Situaciones Educativas Complejas - Coordinación de Educación Sexual Integral.

ANEXO Nº 2 - FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN

Ingreso a Guardia por autolesiones y/o intento de suicidio



(*) **Riesgo alto:** existe un plan definido y concreto, medios para efectuarlo, ha decidido hacerlo en lo inmediato.

Riesgo moderado: existe ideación suicida, planes, pero no piensa hacerlo inmediatamente. Puede percibirse cierta ambivalencia.

Riesgo bajo: han existido pensamientos suicidas, pero no planes concretos para hacerse daño.

(*) **Intencionalidad:** expectativa y deseo subjetivo de realizar un acto autodestructivo que finalice en la muerte.

Se diferencia de la ideación suicida en que en este caso se agrega la intención explícitamente.

**ANEXO Nº 3 - SUGERENCIAS
PARA REALIZAR LA
EVALUACIÓN DEL RIESGO**

Las preguntas constituyen una guía, a modo de ejemplo y sugerencia acerca de la manera de preguntar. Cada profesional deberá utilizar la modalidad y el orden que le resulte más cómodo y posible para indagar en torno a los síntomas y obtener así los elementos necesarios para la evaluación.

Se debe preguntar específicamente, en todos los casos, acerca de la existencia de idea de muerte y de la intencionalidad de auto agredirse y/o matarse, aunque no haya sido específicamente mencionada por la persona o el adulto y/o referente. Es importante, antes de preguntar acerca de la ideación de muerte y de la intencionalidad de auto agredirse, que el trabajador de la salud pueda establecer un vínculo con la persona usuaria.

EVALUACIÓN DEL ACTO Y DE LA IDEACIÓN AUTOAGRESIVA ACTUAL

- ¿Qué fue lo que pasó que te trajeron aquí? ¿Por qué estás acá?
- Dicen que te quisiste lastimar. ¿Esto es así?
- Dicen que amenazaste con lastimarte o matarte. ¿Cómo es esto?
- ¿Tenés idea de por qué te lastimaste?
- ¿Qué pensaste mientras te lastimabas?
- ¿Cómo te apareció la idea de hacerte daño?
- ¿Desde cuándo venís pensando en hacer esto?
- ¿Se te había ocurrido antes hacer algo así?
- ¿Te sentiste mejor después de hacerte daño?
- ¿Qué pensabas que te iba a pasar?
- ¿Habías pensado en que te querías morir?

- ¿Habías pensado en que te podías morir?
- Cuando te diste cuenta que no habías muerto, ¿qué pensaste?
- ¿Qué pensabas que iba a pasar si te morías?
- ¿Habías pensado otras veces en la idea de matarte o lastimarte?
- ¿Cuándo apareció esta idea por primera vez?
- ¿Sentís ahora ganas de morirte?
- ¿Qué razones tendrías para vivir o morir?
- ¿Ahora pensás en lastimarte o matarte?
- ¿Cómo lo harías?
- ¿Qué pensás de lo que pasó?
- ¿Te sentís triste o angustiado?
- ¿Tenés alguna idea de lo que te angustia?
- ¿Pensás que puede haber otra manera de encontrar una solución o aliviarte?
- ¿Conocés a alguien que le pase lo mismo que a vos o algo parecido?
¿Quién?
- ¿Te parece que alguien te podría ayudar con esto que te pasa?
- ¿Cómo te parece que tomó esto tu familia?
- ¿Qué pensás ahora de esto que hiciste?
- ¿Sentís ahora ganas de lastimarte?
- ¿Pensás que te podría volver a pasar lo mismo?

EVALUACIÓN DEL ESTADO ANÍMICO EN LOS ÚLTIMOS MESES

- ¿Te has sentido irritable por cosas que antes no te molestaban?
- ¿Te has sentido triste, angustiado o con ganas de llorar sin saber por qué?
- ¿Has sentido menos ganas de salir, de estar con tus amigos?
- ¿Cómo te llevas con tus amigos?
- ¿Cómo crees que los demás te ven a vos?
- ¿Cómo te ves a vos mismo?
- ¿Te has sentido solo?

EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCIÓN

- ¿Te pasó alguna vez algo que te pareciera raro? Por ejemplo, escuchar como si alguien te hablara cuando no hay nadie.
- ¿En este tiempo te pareció como si escucharas alguna voz que te decía cosas feas o insultos, que te decía que te lastimaras?
- ¿Te pasó alguna vez ver cosas que los demás no veían?
- ¿Te pasó sentir como si todos te miraran, como si estuvieran hablando mal de vos?

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE FUTURO Y LA ACEPTACIÓN DE UN TRATAMIENTO

- ¿Te imaginás que es posible que esta situación cambie?
- ¿Te imaginás alguna manera para estar mejor?
- ¿Te parece que algo o alguien te podría ayudar? ¿Quién/es?
- ¿Cómo te imaginás a vos mismo en unos meses y en un año?
- ¿Qué te parece la idea de empezar a hablar con alguien que te pueda ayudar?
- ¿Estarías de acuerdo en iniciar un tratamiento?

SITUACIONES VINCULARES

- ¿Alguien te está molestando de alguna forma?
- ¿Alguien te está haciendo hacer cosas que no querés?
- ¿En el colegio alguien te molesta? ¿Por internet? ¿En el chat?

(Extraído de: Ministerio de Salud de la Nación (2012). Sugerencias para realizar la evaluación de riesgo. Anexo 4. En *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes*, (pp. 45-47)

**ANEXO Nº 4 - FACTORES DE
RIESGO QUE CONFIGURAN
RIESGO CIERTO E INMINENTE**

La presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo, asociado al intento de suicidio/autolesión, configura una situación de riesgo inminente y requiere la interconsulta con el equipo de Salud Mental, previa al alta.

- Acción autolesiva grave y/o método de alta letalidad.
- Acción llevada a cabo con alto grado de impulsividad y/o planificación.
● Persistencia de la ideación suicida y/o autolesiva.
- Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión, o antecedentes de intento de suicidio o suicidio de personas cercanas.
- Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz).
- Presencia de padecimiento mental:
 - Evidente autoconcepto deteriorado o denigratorio.
 - Ideas de desesperanza y/o otros síntomas depresivos.
 - Alteraciones de la sensopercepción y/o ideación delirante relacionadas con la autoagresión.
 - Síntomas maníacos.
 - Síntomas graves de impulsividad.
- Paciente que presente episodio de excitación psicomotriz o de ansiedad incoercible de cualquier origen.
- Retraimiento severo al momento de la consulta que no permita la evaluación.

- Antecedentes de retraimiento social y aislamiento grave. Historia de
- situaciones traumáticas (abuso sexual, maltrato físico, desamparo, etc.).
 - Enfermedad grave, crónica y/o de mal pronóstico del paciente.
 - Ausencia de red socio-familiar de contención.

ANEXO Nº 5 - ACERCA DEL ABORDAJE FARMACOLÓGICO

Cuando se decide la indicación farmacológica, esta debe formar parte de un abordaje integral amplio que favorezca la recuperación del estado clínico crítico de la persona. Es importante poder trabajar con quien consulta y aquellas personas referentes que acompañan, sobre: el motivo de la indicación, el efecto terapéutico esperado, los posibles efectos adversos, dando tiempo para que puedan canalizar inquietudes.

En intervenciones en salud mental esta instancia es prioritaria a fin de favorecer la comunicación y la posibilidad de que la conducta sea lo más beneficiosa posible.

Es importante haber descartado potenciales desencadenantes de causa externa u orgánica donde la intervención será orientada en éste caso hacia la causa, la indicación farmacológica puede ser un coadyuvante para lograr este objetivo.

Se debe procurar el consentimiento del usuario, y en caso de no poder hacerlo por su situación que atraviesa en el momento se deberá trabajar dicha situación con sus referentes afectivos, hasta que la persona consultante se encuentre en condiciones de consentir.

Dentro de los efectos y objetivos esperados al utilizar psicofármacos encontraremos:

- Atenuación de la sintomatología
- Facilitar y/o profundizar la evaluación a fin de favorecer una adecuada toma de decisiones.
- Asegurar la integridad de la propia persona así como de quienes estemos cerca durante el evento.

La elección del tipo y vía de administración dependerá de:

- Los síntomas a tratar y su intensidad
- Riesgo potencial del cuadro que presente
- Las composiciones disponibles en nuestro medio.

- Antecedentes de respuesta (Si respondió previamente a una medicación
- se debe en primera instancia intentar con esa prescripción, si presentó eventos adversos a tal medicación es probable que los vuelva a presentar, etc)
 - Seguridad y comorbilidades.

SIEMPRE SE DEBE INTENTAR LA VÍA ORAL EN PRIMERA INSTANCIA.

EN PERSONAS QUE NUNCA HAN RECIBIDO PSICOFÁRMACOS SIEMPRE SE DEBE USAR LA MÍNIMA DOSIS TERAPÉUTICA.

SUGERENCIAS DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS SEGÚN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA:

- 1 ● EPISODIOS DE ANSIEDAD GRAVES: Situaciones de angustia intensa, donde se intentó la contención verbal y no fue posible aliviar el malestar o la respuesta fue parcial.
 - a) LORAZEPAM (Vía oral o vía intramuscular)
 - b) CLONAZEPAM (Vía oral)

NO ESTÁ INDICADO EL USO DE:

- ALPRAZOLAM debido a que presenta alta potencia y corta vida media lo que podría generar efectos paradójales (mayor activación, mayor ansiedad).
 - DIAZEPAM debido a que posee vida media larga. Vía intramuscular posee absorción errática.
- 2 ● EPISODIOS DE EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ: Dependiendo de la intensidad del cuadro se puede realizar monodroga (benzodiazepinas) o terapia combinada (benzodiazepinas asociada a antipsicóticos):

- a) BENZODIACEPINAS (Vía oral o intramuscular) LORAZEPAM
- b) ANTIPSICOTICOS (Vía oral o intramuscular) HALOPERIDOL, RISPERIDONA
- c) BENZODIACEPINAS ASOCIADOS A ANTIPSICOTICOS (Vía oral o intramuscular)
 - i VO: LORAZEPAM MÁS RISPERIDONA/HALOPERIDOL
 - ii IM: LORAZEPAM MÁS HALOPERIDOL

Si la excitación es leve y sin síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) se puede intentar con benzodiazepinas solamente, y eventualmente repetir dosis hasta 3 veces cuando la respuesta sea parcial. Si la excitación es grave o ante falta de respuesta, se debe evaluar pasar a esquema combinado (benzodiazepina más antipsicótico).

Ante síndrome confusional se debe descartar causa orgánica (intoxicación, causas metabólicas, traumatismos, etc) en primera instancia, el tratamiento es siempre el de la causa orgánica de base en primera instancia. Se podrían utilizar antipsicóticos como haloperidol o risperidona. BENZODIACEPINAS ESTÁN CONTRAINDICADAS.

3 ● EPISODIO ALUCINATORIO Y/O DELIRANTE:

- a) ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS VÍA ORAL (RISPERIDONA, OLANZAPINA)

RESUELTA LA SITUACIÓN DE URGENCIA SE DEBE INSTAURAR UN ESQUEMA VÍA ORAL

REQUIERE CONTROL ESTRICTO DE SIGNOS VITALES Y ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DE LA PERSONA QUE ATRAVIESA LA SITUACIÓN DE CRISIS

MEDICACIÓN RECOMENDADA Y DOSIS SUGERIDAS:

MEDICACIÓN SUGERIDA	PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS RECOMENDADA
LORAZEPAM	Ampollas 4 mg	VÍA INTRAMUSCULAR (IM)	VO o IM: 2 mg /dosis en adultos (La dosis no debe superar los 4 a 6 mg en periodo de 1,5 hora)
	Comprimidos 1; 2; 2,5	VÍA ORAL (VO)	0.5 a 1 mg en caso de niños o ancianos (la dosis no debe superar los 2 a 4 mg en un periodo de 1,5 hora) 1 mg a 2 mg/dosis (2-3 mg/día, repartidos en 3 dosis) La dosis puede repetirse cada 30 a 60 minutos hasta obtener la sedación. La dosis máxima a lo largo de 24 hs, es de 10 a 15 mg.

MEDICACIÓN SUGERIDA	PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS RECOMENDADA
CLONAZEPAM	Comprimidos 0,5; 1; 2mg	VÍA ORAL	0,5 a 1 mg/dosis cada 2 a 4 hs según evolución (1mg/día en 2 tomas día)
HALOPERIDOL	Ampollas 5 mg Comprimidos 5 o 10 mg	VÍA INTRAMUSCULAR VÍA ORAL	2 a 10 mg VO o IM (de no ceder el cuadro repetir dosis cada 30 minutos) Dosis total en 24 horas: 10 a 20 mg Dosis mayores no aportan beneficios terapéuticos y generan excesivos eventos adversos)
RISPERIDONA	Comprimidos: 1, 2, 3 mg	VÍA ORAL	0,5 a 1 mg/dosis (2 a 6 mg/día) Dosis máxima diaria: 8 mg/día

CONSIDERACIONES GENERALES SEGÚN PSICOFÁRMACOS DE RECOMENDACIÓN EN URGENCIA:

BENZODIAZEPINAS (LORAZEPAM, CLONAZEPAM):

- El **alivio** aparece **en minutos**.

- No debe usarse como tratamiento a largo plazo, existe riesgo de dependencia, para tratamientos a largo plazo es necesario consulta a especialista.

- Efectos secundarios: sedación, cansancio, mareo, ataxia, dificultad para
- hablar, debilidad, olvido, hiperexcitabilidad (niños, adolescentes y ancianos). Podría causar depresión del sensorio y respiratoria sobre todo cuando se asocia a otros depresores en situación de intoxicación.

- Ante la presencia de efectos adversos lo primero es esperar, en general ceden con tiempo. Reducir dosis. Dar la dosis antes de acostarse.

ANTIPSICÓTICOS

HALOPERIDOL:

- Reduce los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios). Es efectivo en cuadros de excitación psicomotriz. Reduce impulsividad e irritabilidad.

- Efectos secundarios: acatisia, enlentecimiento psicomotor, distonías, mareos, sedación, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, hipotensión, taquicardia. Raro síndrome neuroléptico maligno, complicación grave.

- Ante los eventos adversos primero se debe esperar. Para los síntomas motores se puede agregar un fármaco anticolinérgico (Biperideno 1 a 2 mg/d) y/o reducir dosis.

RISPERIDONA:

- Reduce síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios). Reduce irritabilidad e impulsividad.

Efectos secundarios: rigidez, enlentecimiento, mareo, cefalea, sedación, estreñimiento, ganancia de peso (tratamiento a largo plazo), riesgo de diabetes y dislipemia (tratamiento a largo plazo), hipotensión (al inicio).

- Ante efectos secundarios primero se debe esperar, indicar la dosis en forma nocturna para reducir sedación. Para eventos motores anticolinérgicos (biperideno 1 a 2 mg/d)y/o reducir dosis.

ANEXO Nº 6 - FICHA DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA



Definición de Caso INTENTO DE SUICIDIO:

todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:.....

Provincia:..... Departamento:.....

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador/a:.....

Teléfono: Correo electrónico:

[Al notificar en **SNVS2.0** consignar datos del notificador en el campo "Observaciones del evento"]

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

(*) Tipo de documento: D.N.I. DOC. EXTRANJERO INDOC. Nº País de emisión:.....

(*) Nombre:..... (*) Apellido:.....

(*) Sexo legal: Femenino Masculino No binario

Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido Otro:.....

Estado civil: Desconocido/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Unión Convivencial

(*) Fecha de nacimiento: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)

Provincia de residencia Departamento: Localidad:

Domicilio de residencia (Calle / Manzana): Nº..... Piso..... Depto.: Cód. Postal:.....

Cobertura Social: Situación laboral:

Teléfono: Correo electrónico:.....

Responsable a Cargo (referente vincular) DNI..... Parentesco: Teléfono:.....

[Al notificar en **SNVS2.0** consignar datos de interés o del Responsable a Cargo en el campo "Observaciones del evento"]

CLASIFICACIÓN DE CASO

En este apartado se define en SNVS el intento de suicidio, es obligatorio seleccionar los siguientes campos:

(*) Grupo de eventos en SNVS2.0: lesiones intencionales

(*) Evento: intento de suicidio

Con Resultado Mortal	
Sin Resultado Mortal	

INFORMACIÓN CLÍNICA

(*) Fecha de primera consulta: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

(*) Fecha de ocurrencia del evento [SNVS 2.0: consignar en "Fecha de inicio de síntomas"]: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Estudio situacional del evento

Mecanismo o modalidad [SNVS 2.0: consignar en sección "signos y síntomas"]

Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	Objeto cortante	Ahogamiento por sumersión	Saltar desde un lugar elevado
Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	Disparo de armas de fuego	Envenenamiento por sustancias químicas	Sobreingesta de medicamentos

Otro

Lugar donde ocurrió el evento [SNVS 2.0: consignar en sección "signos y síntomas"]

Vía pública	Vivienda	Lugar de trabajo	Establecimiento educativo	Institución residencial	Establecimiento de salud
-------------	----------	------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------

Otro:

Estaba bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva al momento del evento: SI NO

Sección Comorbilidades

Situaciones clínicas relevantes [SNVS 2.0: consignar en sección "comorbilidades"]

Enfermedad crónica	Enfermedad grave o terminal de referente vincular	Sin antecedentes
Enfermedad terminal	Enfermedad degenerativa	Intento previo

Otro (especifique cuál/es):

Presenta alguna condición discapacitante: SI NO

Antecedentes de consumos problemáticos previos [SNVS 2.0: consignar en sección "comorbilidades"]

Alcohol	Cocaína	Psicofármacos, anestésicos NO recetados	Sin antecedentes
Marihuana	Drogas de diseño	Psicofármacos, anestésicos recetados por profesional de la salud	Sin datos

Otro

Sección Diagnóstico Referido

Problemática de salud mental: SI NO

Sección Tratamiento (derivado del intento de suicidio)

Por cuidados clínicos: SI NO

Por problemáticas de salud mental: SI NO

Sección internación

Internado: SI / NO Fecha ____/____/____ UTI: SI / NO Fecha ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Asistencia Respiratoria Mecánica: SI / NO Fecha ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Fallecido: SI / NO Fecha ____/____/____ (DD/MM/AAAA) (si el **FALLECIMIENTO** ocurre durante la internación y antes de notificar en SNVS, cambiar la clasificación del caso a "con resultado Mortal" registrando la enmienda en la esta misma ficha.)

Firma y aclaración del notificador/a: _____



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dirección General de Salud Mental, Programa de Epidemiología en Salud Mental. (2022). Egresos por motivos de salud mental. Entre Ríos 2017-2019. (Informe técnico).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006) Convención sobre los derechos del niño.
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Gobierno de la Provincia del Chaco, Poder Judicial. (2021). Protocolo de Abordaje Intersectorial del Suicidio en Chaco. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
<https://www.unicef.org/argentina/media/10681/file/Protocolo%20de%20Abordaje%20Intersectorial%20del%20Suicidio%20en%20Chaco%20.pdf>
- Jufe, G. (2017). Psicofarmacología Práctica. 4ta. ed. Polemos
- Ley 26.061. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. 21 de Octubre de 2005. Argentina.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ley N° 26.529. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. 19 de Noviembre de 2009.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. Argentina.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- Ley N° 26994 . Código civil y comercial de la Nación. 8 de Octubre de 2014. Argentina.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>

- Ley N° 27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio. 6 de Abril de 2015. Argentina.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>

- Ley N° 10.605. Ley Provincial de Adhesión a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio. 2018. Entre Ríos, Argentina.
<https://www.hcder.gov.ar/archivosDownload/leyes/E22789-L10605.pdf>

- Mesa de Trabajo intersectorial (2022). Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/abordaje_intersectorial_2022.pdf

- Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes.
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf

- Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF
- Argentina. (2021) Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de salud.
<https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordajeintegraldelsuicidioenlasadolescencias.pdf>
 - Noé, D. (2022). Descripción de la problemática del suicidio durante el período 2016-2020 en la Provincia de Entre Ríos. (Trabajo de Residencia de Epidemiología). Programa Provincial de Prevención del Suicidio. Ministerio de Salud de Entre Ríos.
 - Organización Panamericana de la Salud.(2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
 - Sthal, S.M. (2017). Psicofarmacología esencial de Stahl: guía del prescriptor. 6ta.ed. Aula Médica.

