

Orientaciones para el Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio en Población Adolescente de la Provincia de Misiones



Misiones
PROVINCIA

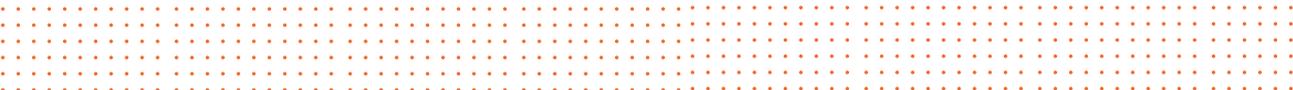
Ministerio de
Salud Pública



Programa Provincial
de Salud Integral
del Adolescente

Con apoyo de:

unicef
para cada infancia



Orientaciones para el Abordaje Integral de la Problemática del
Suicidio en Población Adolescente en la Provincia de Misiones
Noviembre 2021, Misiones, Argentina.

REDACCIÓN

Esp. Lucía Cattivelli Caruso

COLABORADORES PRINCIPALES

Esp. Sergio Gabriel Viudes

Dra. Diva Janneth Moreno

COLABORACIÓN EQUIPO SUICIDIO MSP

Oswaldo Gabriel Silveira

COLABORADORES DISEÑO Y PROCESAMIENTO INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS

Lic. Diego Enrique Ramirez Cano

Profesor Sergio Paez

DISEÑO

Eugenia Fernández Canedo

GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE MISIONES

Dr. Oscar Herrera Ahuad

MINISTRO SECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Oscar Francisco Alarcón

SUBSECRETARIO DE SALUD

Dr. Héctor Proeza

DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y PLANIFICACIÓN

Ana María Gassmann

UNIDAD COORDINADORA MATERNO INFANTIL

Dr. Fabián A. Borges Do Canto

PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA

Esp. Viviana Garro

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD MENTAL

Lic. Nicolás Aranda

AGRADECIMIENTOS

A los Equipos de Salud, por su labor cotidiana.

A los profesionales que acompañaron el proyecto con sus capacitaciones:

Diana Altavilla, Carlos Mussi, Sandra Novas, Alberto Díaz, Equipo de Salud

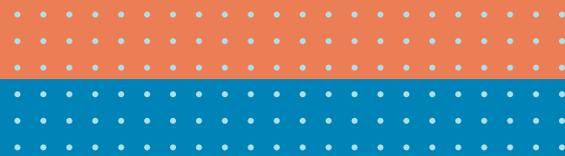
Mental de la Nación, Daniel Korinfeld.

A UNICEF Argentina, por el apoyo técnico y financiero.

INDICE

Introducción	4
Partes que componen el documento.....	5
Parte 1	
1.1 Dimensión del problema.....	6
1.2 La visión de gestores y equipos de salud sobre la problemática.....	11
1.3 Organización operativa subsector salud	12
1.4 El camino transitado por el PPSIA (Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente).....	14
Parte 2	
2 Orientaciones clave para el abordaje.....	16
2.1 Abordaje integral y oportunidades de captación inter e intrasectorial.....	17
2.2 APS como nexo indispensable	19
2.3 Circuito de atención de las y los adolescentes en hospitales.....	23
2.4 Aspectos claves del proceso: registro, comunicado y seguimiento.....	24
Parte 3	
Capitalizando experiencias locales	28
Parte 4	
Recomendaciones	34
Anexos	38
Bibliografía utilizada y recomendada	44

Orientaciones para el Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio en Población Adolescente de la Provincia de Misiones



INTRODUCCIÓN

Este documento presenta una propuesta de acciones a seguir en la detección, captación y seguimiento del intento de suicidio y abordaje de posvención del suicidio en la población adolescente basado en el estudio y adaptación de los protocolos disponibles, así como de la experiencia territorial transitada por el equipo de Salud Pública de la provincia.

Procura promover procesos que permitan mejorar el circuito de atención a las y los adolescentes con comportamientos autolesivos y tentativa de suicidio unificando criterios y prácticas en los efectores de salud de acuerdo al nivel de atención así como la articulación con diferentes actores ajenos al sector salud; se considera que esto puede mejorar la comunicación entre los distintos niveles y con otras instituciones, y, en consecuencia, brindar una mejor calidad en la atención a las y los adolescentes, contribuyendo así a la disminución de los indicadores de morbimortalidad por causas externas en los adolescentes.

“Se entiende al suicidio como un fenómeno multi-causal en el que interactúan factores del orden individual, familiar, social y comunitario. Esta multi-causalidad determina la complejidad del fenómeno y, por lo tanto, la necesidad de abordarlo de manera integral, considerando todas las dimensiones y sus interrelaciones”*.

El suicidio constituye un proceso que recorre desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, el intento, hasta llegar muchas veces a la concreción del suicidio, siendo la detección, captación y abordaje oportuno, las principales acciones de los equipos de salud frente al mencionado proceso.

Las muertes por suicidio son prevenibles, siempre que se cuente con información respecto de los factores que intervienen en ellas y se desarrollen programas de prevención y tratamiento oportunos.

La propuesta se encuadra en el marco del cumplimiento de la Ley N° 27.130 (Ley Nacional de Prevención del Suicidio, 2015) y su Decreto reglamentario N° 603/2021, Ley N° 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) y la Ley N° 26.061 (Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, 2005); a nivel provincial, Misiones adhirió en 2018 a la Ley Nacional de Salud Mental, sanción Ley XXVII, número 102/2018, y, posteriormente, a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, Ley XVII, número 103/2018.

PARTES QUE COMPONEN EL DOCUMENTO

A los fines de ordenar la propuesta, así como los ejes que hacen al problema y la búsqueda de soluciones, el documento presenta cuatro partes:

En la **primera parte**, se presenta un mapa de situación, tanto en lo referido a la problemática como tal, así como a la búsqueda de abordajes que se fueron transitando; en este sentido, se compone de sub-apartados que pretenden: dimensionar el problema del intento del suicidio y el suicidio en población adolescente, siendo el suicidio considerado un problema de salud pública (1.1); identificar una línea de base en torno a la visión de los gestores del sector público de salud sobre las barreras que se presentan a la hora de desarrollar un abordaje de esta problemática, así como la necesidad de contar con lineamientos para la misma (1.2); las estructuras sanitarias existentes (1.3) y los caminos recorridos por el PPSIA (Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente) (1.4)

En la **segunda parte**, se establecen las principales orientaciones para un abordaje integral de la problemática, brindando esquemas claves como la evaluación de situaciones de riesgo, circuitos de atención, procesos de registro, entre otras herramientas consideradas claves.

En la **tercera parte**, se capitalizan experiencias realizadas y otras en curso, que permiten visibilizar diferentes estrategias de acción en función del contexto en el cual se desarrollan.

En la **cuarta parte**, se desarrollan algunas recomendaciones útiles al momento de acompañar al adolescente en situación de crisis suicida

* “Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud” Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF. Argentina, 2021.-

PARTE 1

1.1 Dimensión del problema

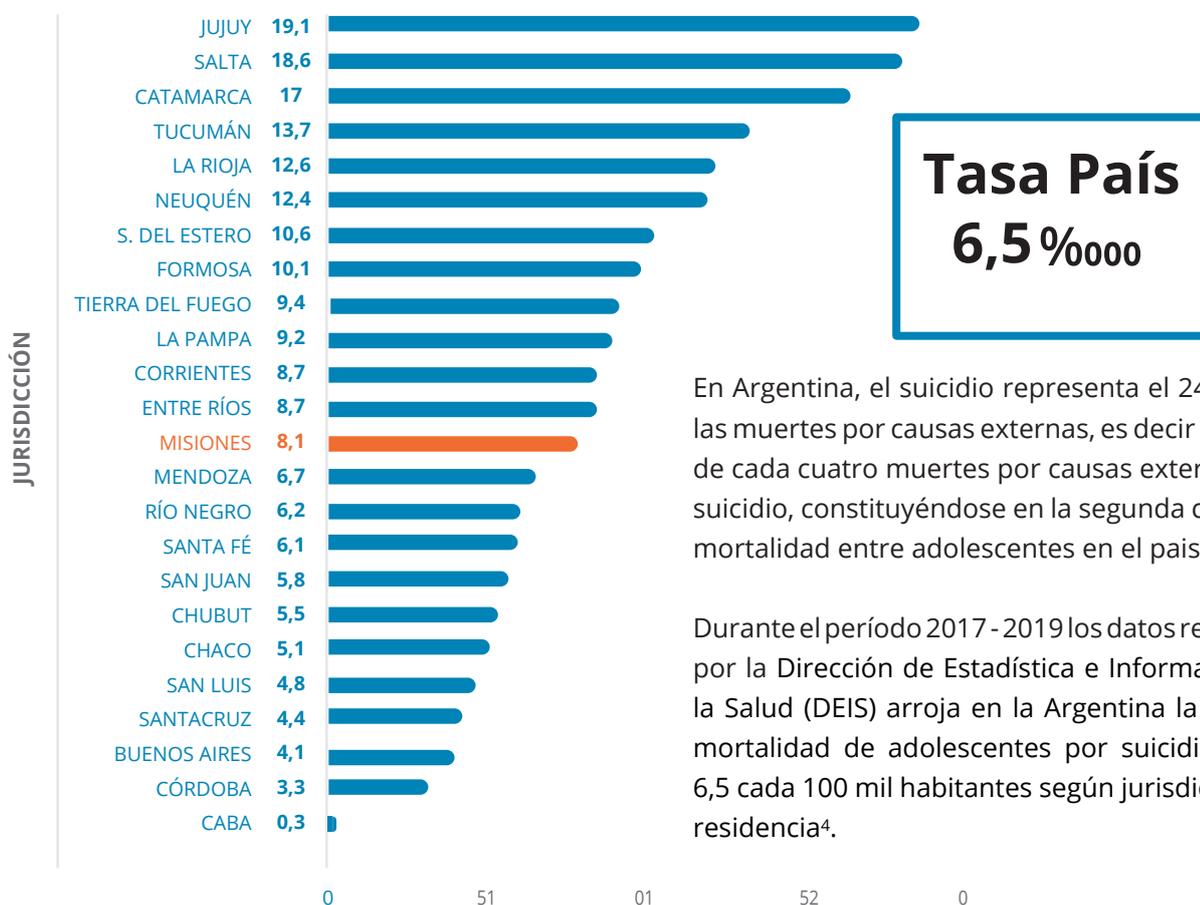
El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. El suicidio se presenta según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ a nivel global como la segunda causa de muerte en la población de entre 15 y 29 años, implicando 800.000 muertes anuales en todas las edades, de las cuales el 75 % se produce en países de ingresos bajos y medianos. Indica el mismo organismo que por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos.

Considerando las estimaciones globales del suicidio según la OMS, y la tendencia del evento según las tasas estandarizadas por edad por

100 mil habitantes, para el período 2000-2019, mientras que a nivel mundial la tasa disminuyó en un 36%, la única región que presentó un incremento fue la de las Américas, presentando un aumento del 17%².

En la Argentina³, los datos publicados por Salud Pública de la Nación, indican que en 2009 el suicidio representó la segunda causa de defunción en la población adolescente, definida como aquella de entre 10 a 19 años (OMS), y presentó desde principios de la década del 90 un incremento de más del 100% en las causas de mortalidad.

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS POR 100000 HABITANTES POR JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA. PERÍODO 2017 - 2019



Fuente: Elaboración propia basados en el boletín 165 de DEIS.

1. Prevención del Suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. 2014

2. Fuente: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

3. Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias: Lineamientos para equipos de Salud. Ministerio de Salud Pública de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF. Argentina, 2021

4. Indicadores de Salud seleccionados para población de 10 a 19 años. Dirección de Estadística e Información de la Salud (DEIS) Boletín N°165. 2021

Mientras que en Misiones la tasa trienal fue de 8,1%⁰⁰⁰

MISIONES

El siguiente gráfico demuestra la pirámide poblacional de la Provincia de Misiones⁵ en rangos quinquenales de edad; allí se puede observar que el 22% de la población en esta provincia se encuentra en la adolescencia.

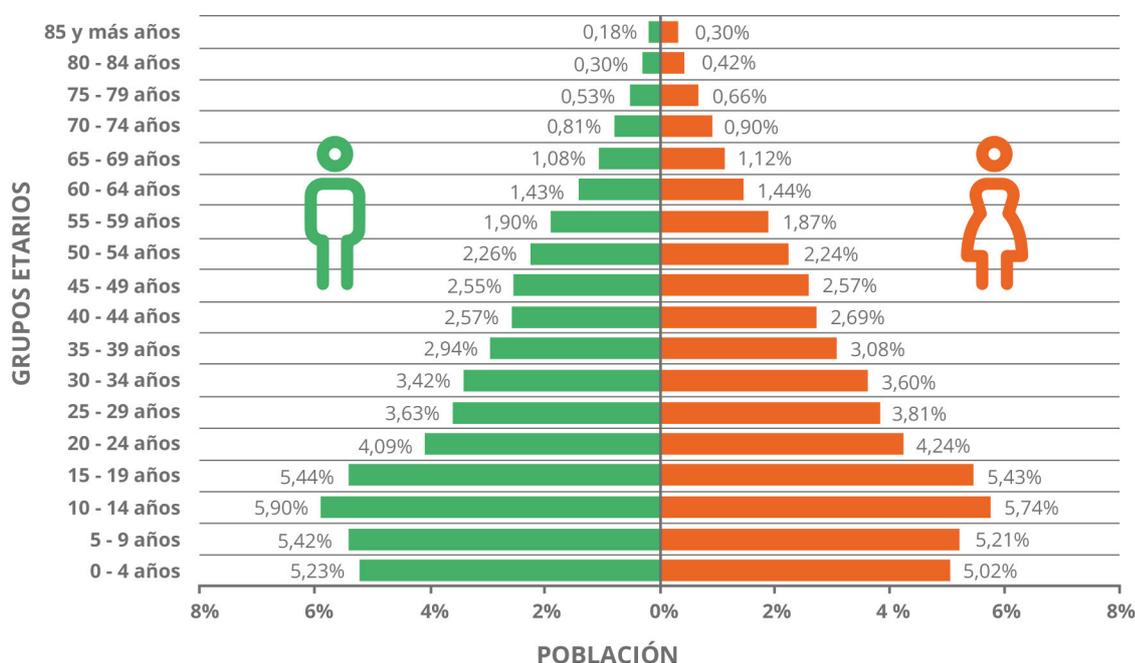
MITO *

Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo.

REALIDAD:

Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.

PIRAMIDE DE POBLACIÓN EN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. PROVINCIA DE MISIONES. AÑO 2018



Fuente: Proyección de población. Dirección de Programación y Planificación. Ministerio de Salud Pública.
ELABORACIÓN: Sala de Situación. Ministerio de Salud Pública. Provincia de Misiones

En la Provincia de Misiones
el 22% de la población
se encuentra entre los
10 y 19 años⁵

* Fuente: Prevención del Suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. 2014

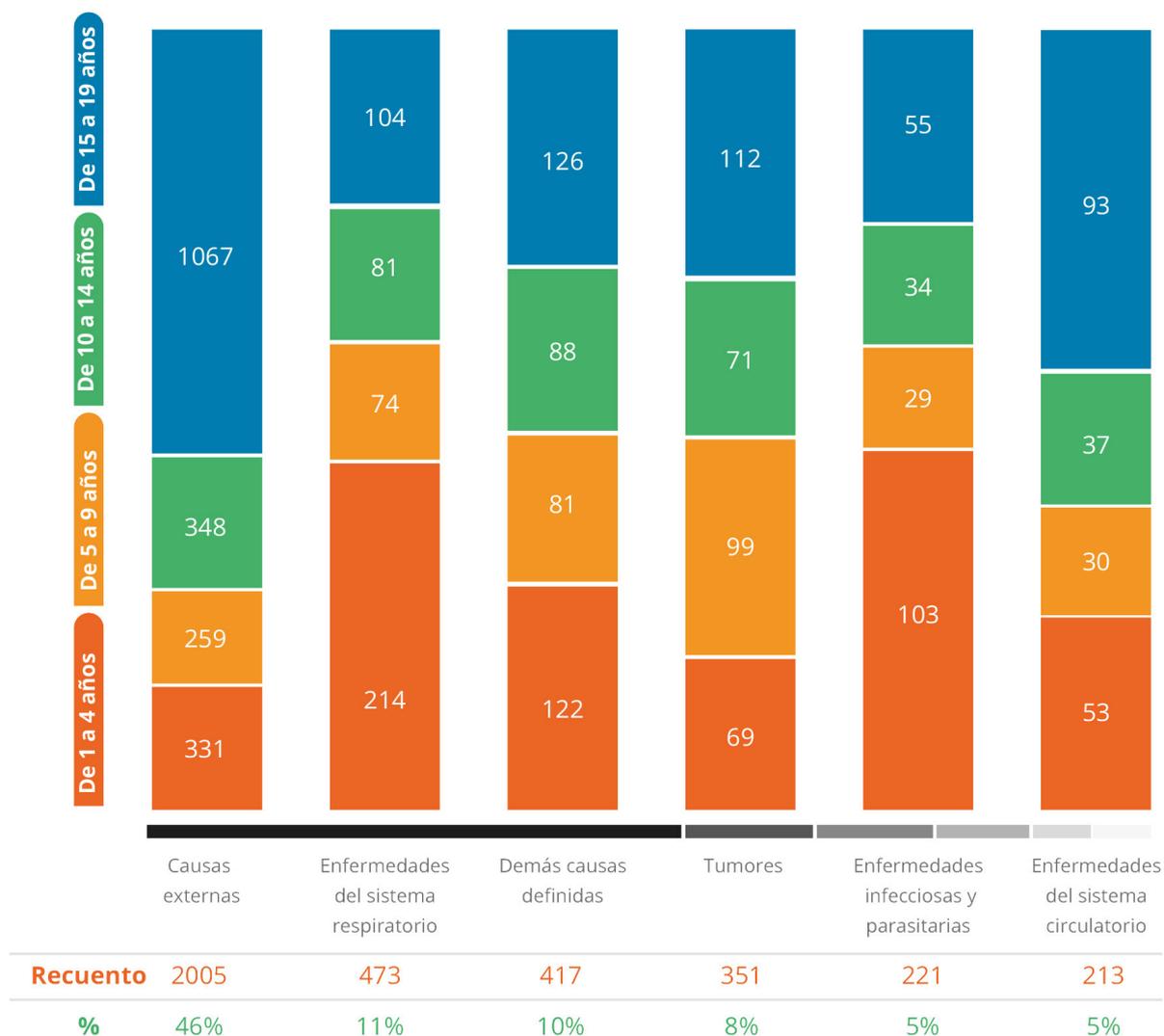
5. Este apartado es extraído del informe técnico Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio en la Adolescencia, Informe 2018-2019; septiembre de 2019; Posadas Misiones; Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia, Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud Pública; elaborado en el marco del convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones y UNICEF.

En la provincia las muertes por causas externas, todas ellas evitables, explican más del 30% de las defunciones en el grupo de 1 a 9 años; mientras que en la población adolescente estas representan casi el 60%⁵ del total de las defunciones, ocupando el primer lugar.

Dentro de las causas externas la primera representan los accidentes de tránsito, y la segunda, el suicidio.

Las causas externas explican el 60% de la mortalidad de los y las adolescentes. Se trata de causas en su mayoría EVITABLES.

MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS DE 1 A 19 AÑOS. PERÍODO 2001 - 2019



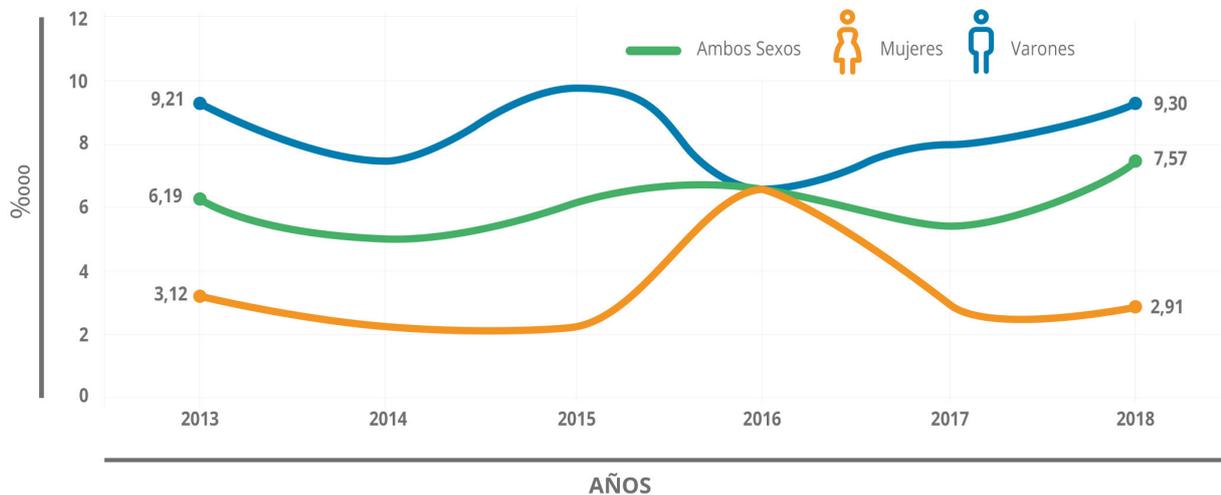
Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Dirección de Programación y Planificación, Ministerio de Salud Pública de Misiones. 2020

5. Mortalidad 2001- 2019 Población 1 a 19 años. Causas externas. Provincia de Misiones. Dirección de Programación y planificación del Ministerios de Salud Pública de Misiones. 2020

Considerando las fuentes provinciales⁶, la tendencia de tasas de suicidio en la población adolescente por 100 mil habitantes paso de 6,19

en 2013 a 7,57 en 2018, con un comportamiento diferencial según sexo, impactando el incremento en mayor medida en los varones.

TENDENCIA DE TASAS DE SUICIDIOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE (10 A 19 AÑOS) POR 100 MIL. PROVINCIA DE MISIONES . AÑOS 2013 AL 2018

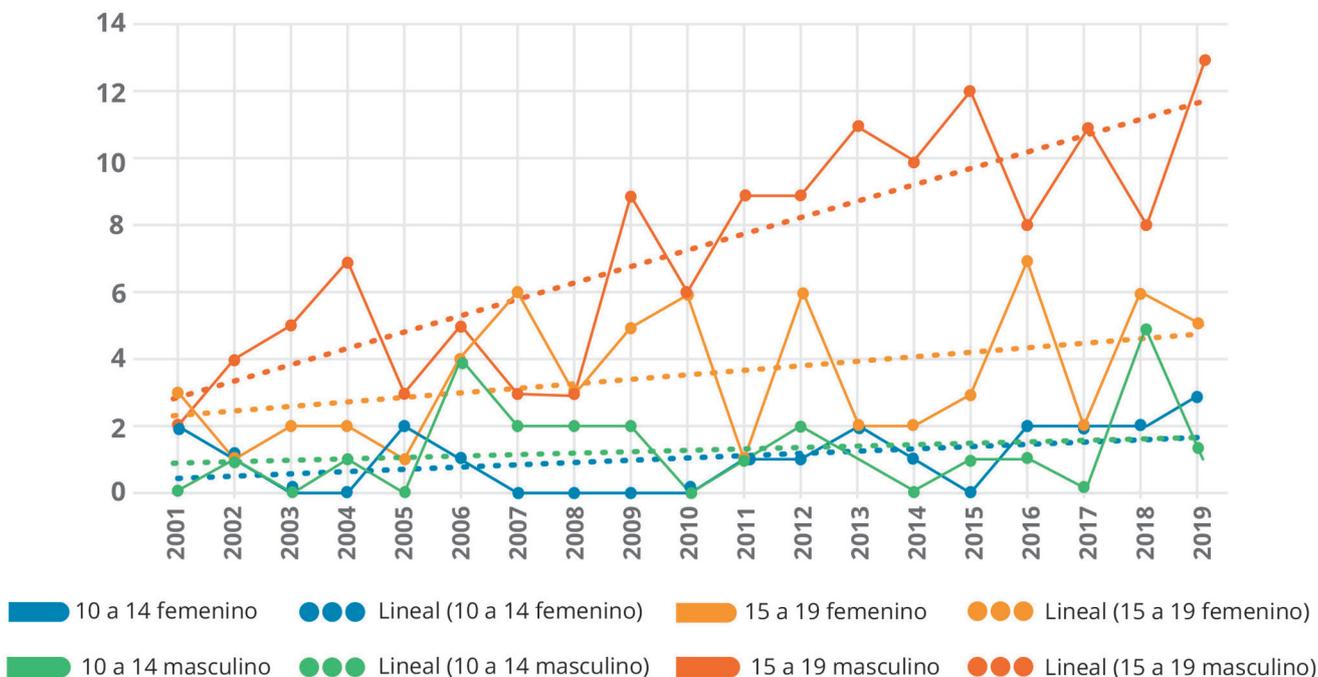


Fuente: Dirección de Programación y Planificación. Ministerios de Salud Pública. Provincia de Misiones. Año 2013 al 2018.

Al analizar la tendencia de los registros de muerte por suicidio en términos absolutos, se puede observar el ascenso de éste evento para ambos sexos considerando el período 2001-2019, ya sea

se considere la población en su conjunto (10 a 19 años) o bien de manera segmentada (10 a 14, 15 a 19 años), tal como se expresa en las siguientes gráficas:

TENDENCIA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO. EDADES AGRUPADAS Y SEGÚN SEXO. 2001-2019.



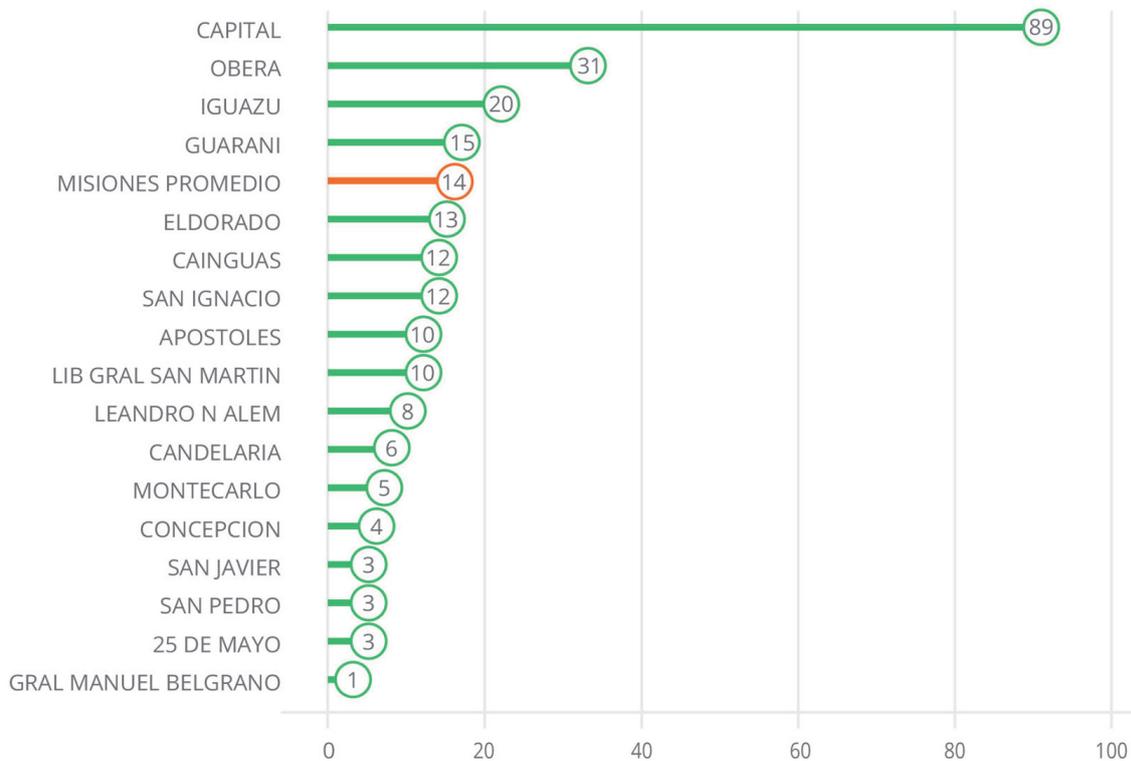
Fuente: Dirección de Programación y Planificación. Ministerios de Salud Pública. Provincia de Misiones. Año 2001 al 2019.

6. Mortalidad 2001- 2019 Población 1 a 19 años. Causas externas. Provincia de Misiones. Dirección de Programación y planificación del Ministerios de Salud Pública de Misiones. 2020

Desde una perspectiva territorial, si bien el evento se presenta con mayor relevancia en las zonas de mayor urbanización, tales como el Departamento Capital, Oberá e Iguazú, se produce en mayor o menor medida a lo largo

de toda la provincia, tal como se expresa en la siguiente gráfica. Téngase en cuenta que se trata de valores de casos absolutos acumulados para el período 2001 - 2019.

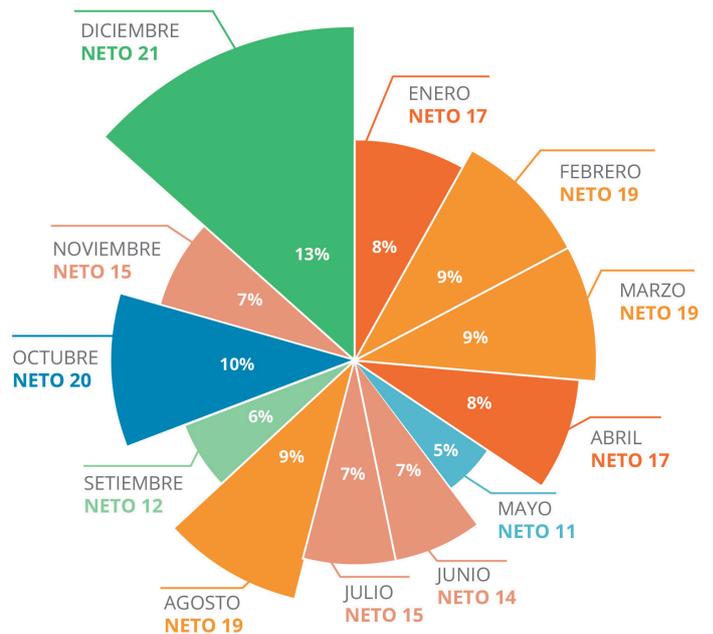
SUICIDIOS DE 10 A 19 AÑOS. 2001 - 2019 SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.



Fuente: Dirección de Programación y Planificación, Ministerio de Salud Pública de Misiones. 2020

Finalmente, contemplando los datos con los que cuenta la provincia, el análisis del período 2001-2019 permite visibilizar que la primera etapa del año, y la última, acumulan la mayor cantidad de registros de muerte por suicidio en la población adolescente, lo cual indica períodos en donde se deben ampliar las acciones de promoción y prevención, así como de detección temprana. Lo expresado se presenta en la siguiente gráfica, los números "netos" representan valores absolutos.

MUERTE POR SUICIDIO 1 A 19 AÑOS SEGÚN MES DE OCURRENCIA. 2001-2019. N=249



Fuente: elaboración propia, equipo de "Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes"*

* Datos obtenidos del boletín: Mortalidad 2001- 2019 Población 1 a 19 años. Causas externas. Provincia de Misiones. Dirección de Programación y planificación del Ministerios de Salud Pública de Misiones. 2020

1.2 La visión de gestores y equipos de salud sobre la problemática*

Según datos provinciales relevados en 2019-2020, en torno a la percepción que poseen Direcciones de Zona, Jefaturas de Área y Direcciones de Hospitales⁷ en torno a los desafíos que se presentan a la hora de abordar la problemática del suicidio e intento de suicidio en la adolescencia, se destacan los siguientes hechos:

PRESENCIA DEL EVENTO: En todas las zonas sanitarias de la Provincia se realizaron registros de intentos de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años en el año 2018, siendo la capital, la zona con mayor cantidad de registros. Los casos concretados se presentan en 5 de las 6 zonas sanitarias.

REGISTRO DEL EVENTO: Si bien se registran los intentos de suicidio en la historia clínica y la planilla de consultas diarias, se presentan aún múltiples instrumentos para los registros, dificultando unificar la información y el seguimiento epidemiológico. Se manifiesta un mejor conocimiento del recurso humano en lo referido a los registros de mortalidad que de morbilidad, pero aún se citan cuestiones como “miedo” o “sensibilidad” al momento de registrar el evento. Se percibe que 50% del recurso humano no posee suficiente capacitación para registrarlo.

COMUNICACIÓN DEL EVENTO: 41,3% de los efectores menciona no informar los intentos de suicidio en población de 10 a 19 años más allá de los servicios del efector, y el 30,4% lo informa a la autoridad máxima de la institución donde se realiza la atención del o la adolescente. La notificación mayormente se da dentro de los servicios y en segundo lugar a la autoridad institucional y en menos del 50% de los casos se informa a instituciones externas del sector salud (defensoría, desarrollo social, etc.)

ABORDAJE Y SEGUIMIENTO: No hay una indagación de rutina vinculada a las autolesiones o ideación suicida en adolescentes, sino que ésta depende del criterio de cada profesional; cuando se encuentran con tales problemáticas habitualmente se realizan interconsultas o derivación con especialistas en salud mental y sólo 17% respondió que le da seguimiento en consultas ulteriores; cuando se da el seguimiento, los mecanismos dependen mayormente de procesos no estandarizados o mecanismos informales.

FORMACIÓN: Los gestores manifiestan la percepción de falta de RRHH especializado en la temática o con formación infanto-juvenil para la atención de los casos en donde se detecta riesgo de intento suicida, lo cual es mayor en el primer nivel de atención. En términos generales, menos del 25% de los hospitales que componen la red de salud manifiestan que se encuentran en condiciones de abordar la problemática del suicidio en la adolescencia.

BARRERAS: Se destacan la cantidad de RRHH especializado, la ausencia (o percepción de ausencia) de protocolos específicos, de comunicación (intra e inter-institucional) y de sub-registros; el bajo nivel de contacto de las y los adolescentes con los servicios de salud y la pérdida de oportunidad de los servicios de salud para el contacto con las y los adolescentes.

OPORTUNIDADES: Diferentes niveles de gestión consideran necesario la implementación de protocolos de atención

DESAFIOS: La palabra “protocolo” no se explica por sí sola, ni es sencilla su implementación a nivel de todo el RRHH y áreas que componen una institución; es decir, los procesos de implementación no se agotan en la formulación de una normativa.

* Abordaje del Suicidio en la Adolescencia: Perspectiva del Subsector Público de Salud. Ministerio de Salud Pública de Misiones. 2021
7. La muestra incluyó un 91% de respuestas con relación al total de gestores de zonas, áreas y hospitales niveles I, II y III de toda la Provincia.

1.3 Organización operativa sub-sector salud

Para lograr una buena organización operativa y brindar servicios sanitarios a la población en términos de gestión sanitaria, el Ministerio de Salud Pública organiza el conjunto de los recursos en torno a una Red Sanitaria que se estructura sobre la base de un esquema de zonificación (división en Zonas de Salud) y considera:

- » La Accesibilidad y cobertura en función de las necesidades de salud.
- » La circulación y referencia natural de la población.

» El escalonamiento de los Niveles de Complejidad de los servicios.

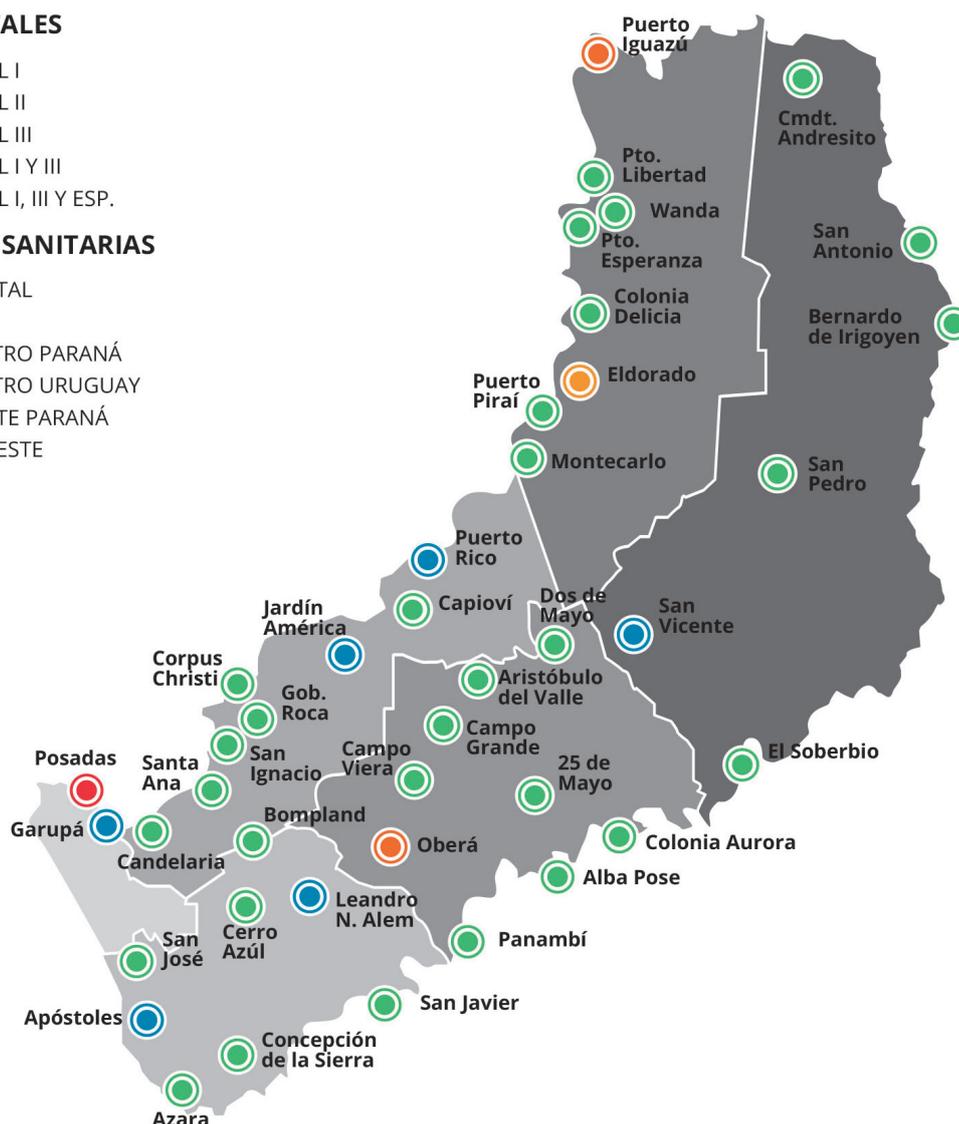
Por Decreto Gubernamental (N°97) se establece una división de 6 zonas sanitarias que a su vez cuentan con Jefaturas de Área (19 en total) de manera de cubrir el territorio compuesto por 77 Municipios agrupados en 17 departamentos.

HOSPITALES

- NIVEL I
- NIVEL II
- NIVEL III
- NIVEL I Y III
- NIVEL I, III Y ESP.

ZONAS SANITARIAS

- CAPITAL
- SUR
- CENTRO PARANÁ
- CENTRO URUGUAY
- NORTE PARANÁ
- NORESTE



Además el subsector público de salud, cuenta con Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), mayoritariamente dependientes del nivel Provincial, y hospitales categorizados según riesgo, a saber: Nivel I (bajo riesgo), Nivel II (mediano riesgo) y Nivel III (alto riesgo); en función de esa clasificación cuentan con servicios de complejidad creciente para las acciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

CAPS

Los Centros de Atención Primaria de Salud, constituyen el primer eslabón en el Sistema Sanitario. Estos son considerados la puerta de entrada al sistema de salud. Se encuentran encuadrados dentro de los efectores de primer nivel. Es decir, abordan aspectos de promoción, protección de la salud y prevención y captación de pacientes con enfermedades que requieran un monitoreo y control de riesgo. En los CAPS, los equipos enfrentan situaciones de baja complejidad. De presentarse una situación de mayor complejidad, el CAPS activa circuitos, junto con la Dirección de Zona, de derivación a hospitales de nivel I, II, o III, de acuerdo al caso en particular.

HOSPITALES

En los hospitales, los niveles se clasifican según riesgo:

NIVEL I

Bajo Riesgo: Constituye, en la mayoría de los casos, la puerta de entrada a la red de servicios del Ministerio. Aborda acciones de promoción y protección de la salud, control y detección temprana de enfermedades e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

Cuenta con: área de admisión y egresos, sector de espera para usuarios, consultorios con amoblamiento, office de enfermería con instalación, comunicación y transporte, instrumental adecuado para acciones programadas (cirugía menor, obstetricia sin

complicaciones, traumatología de bajo riesgo, y/o derivación) y Guardia de Emergencia.

NIVEL II

Mediano Riesgo: Estos hospitales brindan un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.

Cuentan con: sector de cuidados especiales (unidad de reanimación, aislamiento, etc.), guardia pasiva o activa de 24 horas, en cirugía y obstetricia, organización de atención por Servicios, médicos con especialidades complementarias, auxiliares de la Salud y programación a corto y mediano plazo.

NIVEL III

Alto Riesgo: En este nivel incluyen acciones de bajo, mediano y alto riesgo. Se deben dar las condiciones para resolver los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución.

Cuentan con: servicio de cuidados intensivos, adultos y pediátricos controlados permanentemente, intervención de equipos de profesionales, investigación y docencia extensiva a otros niveles, control de infecciones hospitalarias, comité de bioética, médicos con sub-especialidades y asignación de áreas de responsabilidad.

QUÉ HACER

MANTENERSE CERCA, ESTAR AHÍ POR ÉL O POR ELLA:

Pase algún tiempo con esa persona, anímele a hablar de cómo se está sintiendo, identifique a quien podría pedir apoyo, y anime a la persona para que acepte tener apoyo también más adelante.*

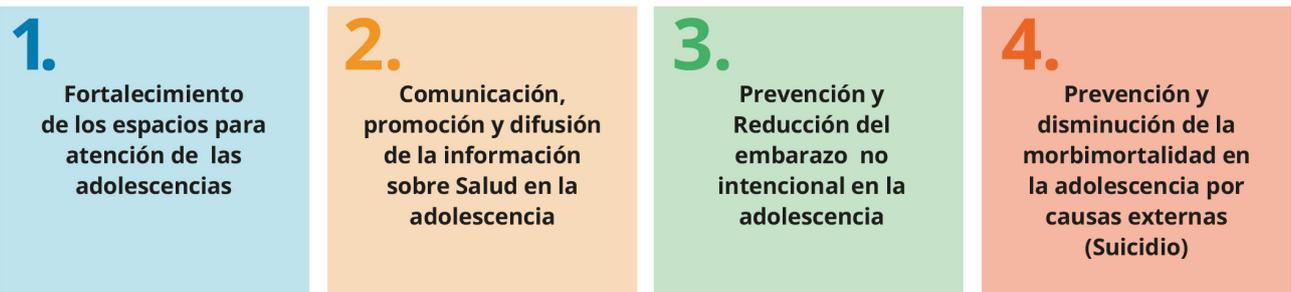
* Protocolo de prevención y atención en la adolescencia, intento de autoeliminación. ASSE Salud. Uruguay. (2017)

1.4 El camino transitado por el PPSIA

Desde su creación en el año 2007, el Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente (PPSIA en adelante) desarrolla estrategias para garantizar la cobertura y el acceso a la salud de los adolescentes y jóvenes a través de las líneas

de acción trabajadas y articuladas tanto con Dirección Nacional de Adolescencias y Juventudes (DIAJU) del Ministerio de Salud de Nación como con las provinciales y los diferentes Municipios del territorio provincial.

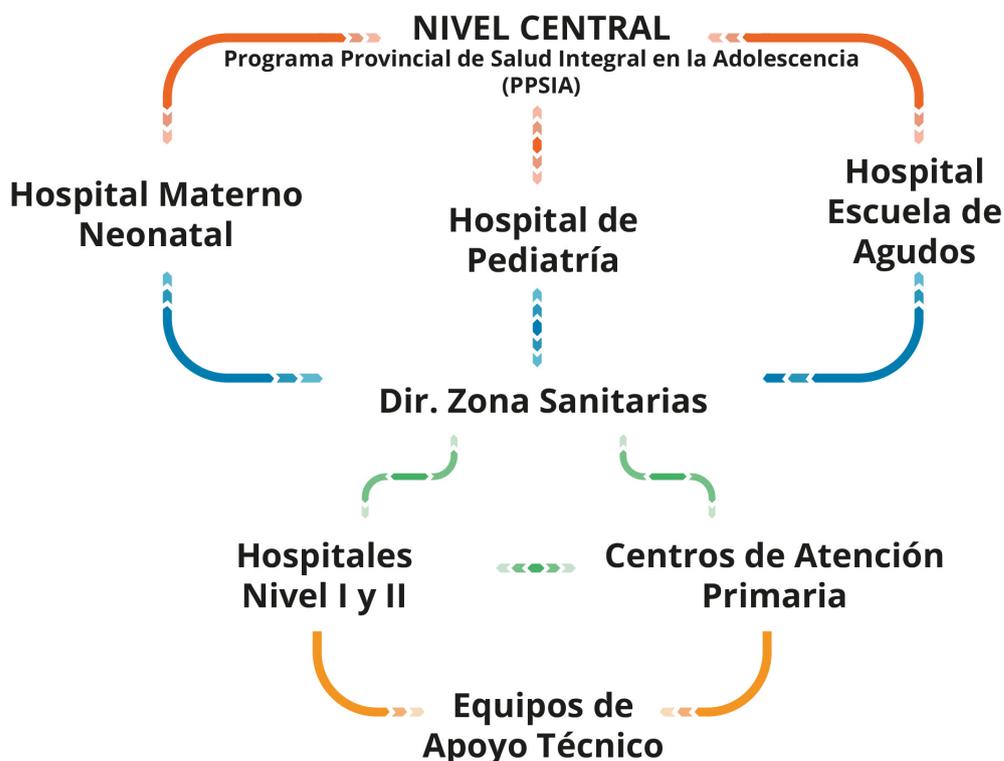
SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA



En base a tales lineamientos, el PPSIA realiza acciones desde el nivel central que promuevan la articulación de los recursos intrasectoriales a los fines de fortalecer los estándares de calidad en la

atención, prevención y promoción de la salud de los y las adolescentes de la provincia de Misiones desde una perspectiva integral

FLUJOGRAMA ORGANIZACIÓN OPERATIVA INTRASECTORIAL. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE MISIONES

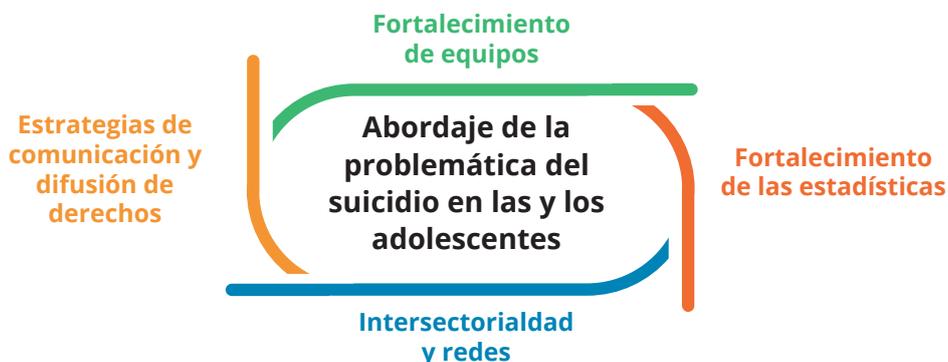


(Incluye RRHH de las áreas de: Medicina, Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Promoción de la Salud.)

Fuente: Elaboración propia, equipo de "Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes"

En lo referente a la prevención de la morbi-mortalidad adolescente por causas externas, el PPSIA desarrolla un eje de trabajo en torno a la Prevención de Comportamientos Autolesivos en la adolescencia, para el abordaje de las problemáticas de suicidio en la adolescencia, el cual se encarga de la coordinación administrativa y de gestión de las cuatro líneas propuestas desde el 2018, a saber:

1. fortalecimiento del RRHH
2. fortalecimiento de las estadísticas
3. fortalecimiento de la comunicación y difusión de derechos
4. intersectorialidad y redes.



Fuente: elaboración propia, equipo de "Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes"

En la línea de **fortalecimiento del recurso humano**, se propone mejorar el **acceso a la atención, generando referentes por Zonas Sanitarias**. Así también, con el objetivo de lograr estas mejorías, se propone la constante formación del recurso humano con capacitaciones impulsadas y generadas desde el programa. Además, desde el PPSIA se acompaña a los efectores en las mejoras de los circuitos internos de atención (Elaboración de Protocolos en Hospitales)⁸.

En la línea de **fortalecimiento de las estadísticas**, se trabaja con los equipos de salud en las **mejoras del registro**, realizándose capacitaciones en el adecuado registro de eventos relacionados al suicidio, lo cual permite una mejor y más acertada visión para la toma de decisiones, así como un apropiado **seguimiento de los casos** desde el sistema sanitario.

En la línea de **fortalecimiento de la comunicación y difusión de derechos**, desde el programa se produce constantemente material de difusión en redes sociales, además de material para talleres y abordaje de las distintas problemáticas que

interpelan a las adolescencias. Así también, se fomenta la participación juvenil en eventos, operativos, carpas de salud y jornadas de prevención y promoción.

En la línea de **intersectorialidad y redes, el programa busca fomentar el abordaje intersectorial e interdisciplinario, bajo el concepto de corresponsabilidad**. Se parte así del principio de que el acompañamiento de las y los adolescentes y su medio vincular no puede realizarse de otra manera que no sea con equipos comprometidos desde distintas instituciones, así como también, en cada municipio del territorio provincial⁹.

QUÉ HACER

ACEPTAR LO QUE LE ESTÁ DICIENDO:

Mantenga una comunicación directa, abierta y honesta con esta persona. Permita que la persona exprese sus sentimientos y exprese su preocupación sin juzgarla. Diga cosas como "Aquí estoy para ayudarte", "Hablemos". *

8. Ver esquemas Parte 3: Capitalizando experiencias: experiencias locales.
9. Ver experiencia intersectorial en Postvención. Parte 3: Capitalizando experiencias locales.

* Protocolo de prevención y atención en la adolescencia, intento de autoeliminación. ASSE Salud. Uruguay. (2017)

ORIENTACIONES CLAVE PARA EL ABORDAJE

En el contexto de una realidad cada vez más compleja, y en donde los determinantes de la salud en general y de la salud mental en particular operan con mayor énfasis, tanto a nivel regional como nacional se han ido desarrollando protocolos y guías de atención y prevención para:

- » Facilitar el trabajo de los equipos de salud.
- » Contar con criterios comunes de acción, basados en evidencias.
- » Mejorar la calidad de los servicios de salud, con fuerte énfasis en los niveles de atención primaria.

En ese sentido, desde el nivel nacional se han actualizado los “lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”¹⁰, y publicado “Recomendaciones para equipos de salud en relación a situaciones de suicidio y autolesiones en adolescentes y jóvenes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio”¹¹ y más recientemente han publicado “Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud”¹². La OMS, por su parte, ha revisado su “Guía de intervención mhGAP, para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en el nivel de atención primaria”¹³, dando continuidad al Programa de acción para superar las brechas en salud mental, lanzado en el 2008. UNICEF además ha publicado la investigación “El Suicidio en la adolescencia, situación en la Argentina”¹⁴ y “El Suicidio en la Adolescencia en la Argentina. Recomendaciones de política pública”¹⁵.

10. “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina 2018.-

11. “Recomendaciones para equipos de salud en relación a situaciones de suicidio y autolesiones en adolescentes y jóvenes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio”. Ministerio de Salud de la Nación, mayo de 2020.-

12. “Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud” Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF. Argentina, 2021.-

Las recomendaciones citadas coinciden en la necesidad de establecer protocolos y lineamientos claros de trabajo para los equipos de salud, con particular énfasis en el primer nivel de atención, y considerando las realidades locales. En función de ello, y contemplando la tendencia del suicidio en la población adolescente, este apartado se propone como objetivos:

GENERALES:

Mejorar la calidad en la detección, atención y prevención del suicidio en la población adolescente de la Provincia de Misiones, a partir de la formulación de lineamientos a equipos de salud y el establecimiento de circuitos de atención, para contribuir a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad por causa de suicidio en adolescentes en la Provincia de Misiones.

ESPECÍFICOS:

- » Establecer los principales lineamientos a seguir por los equipos de salud ante la presencia del intento de suicidio en la población adolescente, incluyendo criterios de acción, registro, notificación y evaluación.
- » Explicitar procesos de referencia y contra referencia, considerando los recursos existentes.

13. “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. Washington, D.C.: OPS; 2017. -

14. “El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina”. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mayo 2019, Buenos Aires, Argentina. -

15. “El Suicidio en la Adolescencia en la Argentina. Recomendaciones de política pública” Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Diciembre 2019, Buenos Aires, Argentina. -

- » Facilitar los circuitos de atención y procesos de adaptación de los lineamientos nacionales e internacionales al contexto provincial.
- » Desarrollar estrategias de abordaje en postvención.

En cuestiones de salud en general, y de salud mental en particular, resulta sumamente difícil realizar fórmulas inmóviles que resuelvan el padecimiento humano.

No obstante ello, a partir de la experiencia de los equipos locales (Ver parte 3) se identifican circuitos de atención que facilitan el abordaje dentro de un encuadre para brindar a los equipos de salud orientaciones acerca del accionar frente a las distintas situaciones que se le presenten en torno a los comportamientos auto lesivos en la población adolescente, permitiendo así adaptar a la realidad local los lineamientos nacionales e internacionales, y contribuir a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad por suicidio en adolescentes.

2.1 Abordaje integral y oportunidades de captación inter e intra sectorial

“Se entiende al suicidio como un fenómeno multi-causal en el que interactúan factores del orden individual, familiar, social y comunitario. Esta multi-causalidad determina la complejidad del fenómeno y, por lo tanto, la necesidad de abordarlo de manera integral, considerando todas las dimensiones y sus interrelaciones”¹⁶.

Al abordar la problemática de comportamientos autolesivos en adolescentes, es indispensable pensar que el suicidio no necesariamente estará enlazado con una problemática psicopatológica, o como consecuencia de una sola causa. El suicidio constituye un fenómeno multicausal, y como tal, el abordaje de acompañamiento deberá indefectiblemente ser multidimensional. Es decir, interdisciplinario, intersectorial e integral, contemplándose aspectos individuales, familiares, comunitarios; considerándose el caso particular y todas sus interrelaciones, como también aquellas instituciones presentes en la red de apoyo de ese/esa adolescente, contemplándose los sectores públicos, privados y no gubernamentales.

El ministerio de Salud constituye la autoridad de aplicación y por ende responsable de articular con otros sectores como educación, seguridad, los organismos de protección de derechos, justicia. A través del PPSIA administra medios que permitan desarrollar un abordaje intersectorial, interdisciplinario y de corresponsabilidad. Busca el armado y fortalecimiento de redes locales de actores sociales inter e intra sectoriales con los que se pueda coordinar un abordaje y diseñar estrategias y acciones bajo compromisos asumidos de manera conjunta.

En base a lo expuesto, el siguiente esquema resume posibles escenarios de captación de las y los adolescentes en situación de riesgo, entendiéndose por ello la recepción de notificación de una situación de riesgo, y el consecuente ingreso al sistema de salud, el cual puede darse por parte de los equipos de salud, en distintos niveles, y ser intra o intersectorial.

NIVEL INTERSECTORIAL:

Al referirnos a la captación de población adolescente en riesgo a nivel intersectorial, nos referimos a toda aquella información que ingresa al sistema de salud desde instituciones externas a la de salud y que activan acciones al efector de salud. En este caso, el adolescente puede llegar a un efector de salud, por un aviso de la institución

¹⁶. “Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud” Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF. Argentina, 2021.-

escolar (una preocupación de un docente, un directivo, un preceptor), una orden judicial (un oficio solicitando intervención al efector), un club, una iglesia, un municipio, una una organización de la sociedad civil (ONG), incluso desde el sector privado de salud.

De acuerdo al caso, se buscará articular con todos los actores involucrados, el abordaje del adolescente.

NIVEL INTRASECTORIAL:

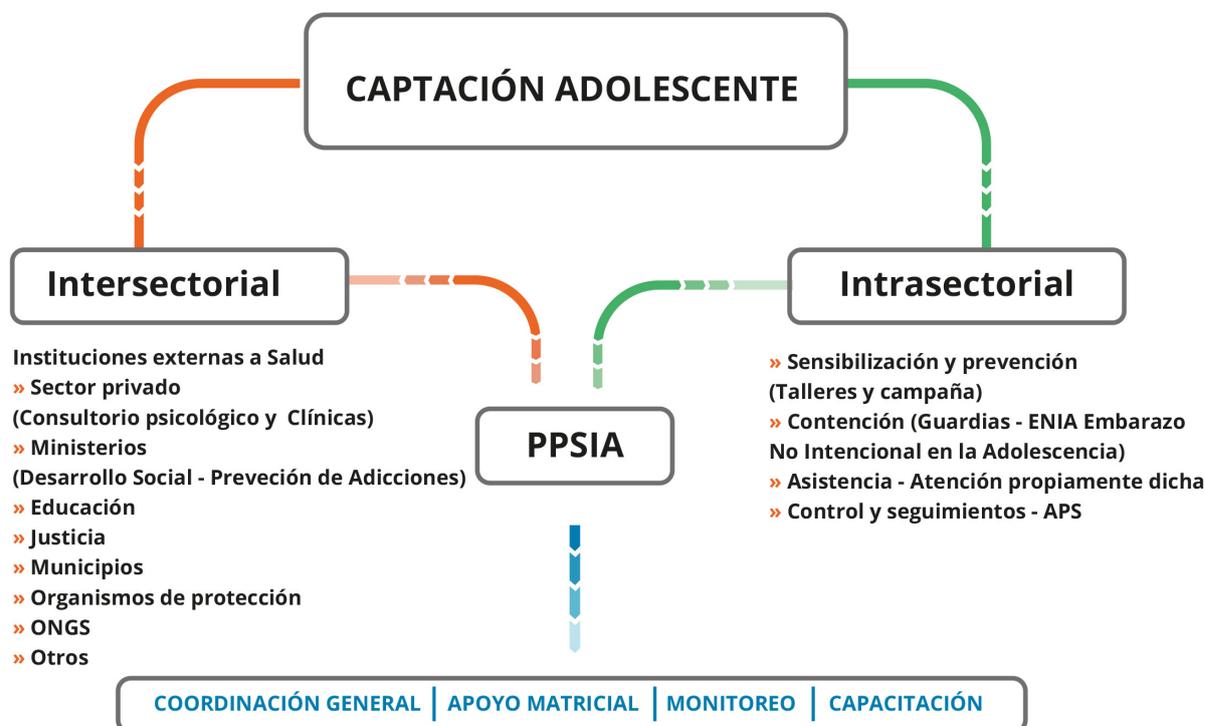
Para lograr un buen y correcto abordaje, acompañamiento y contención integral de los y las adolescentes con comportamientos autolesivos, es necesario alcanzar una buena comunicación entre los sectores involucrados (Nivel Central y efectores Nivel I, II y III), pudiendo definir qué acciones se realizarán en cada sector. Para ello se han diseñado de manera

conjunta con los Equipos de Salud (Equipos de Salud Mental y de Emergencias, Directores de Hospitales, Directores de Zonas Sanitarias, Equipo Técnico del Programa de Salud Integral en la adolescencia, Autoridades Ministeriales, representantes de UNICEF) determinados pasos a seguir de acuerdo al efector donde se realiza el abordaje de la población adolescente con comportamientos autolesivos.

La siguiente gráfica resume los componentes involucrados.

QUÉ HACER

HAGA ALGO AHORA:
Tome las señales de alerta en serio y pregúntele a la persona si está pensando en el suicidio y si tiene algún plan. Busque urgentemente ayuda si la necesita llamando a la línea telefónica que corresponda o lleve a la persona al Servicio de Urgencias más próximo.*



Fuente: elaboración propia, equipo de "Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes"

* Protocolo de prevención y atención en la adolescencia, intento de autoeliminación. ASSE Salud. Uruguay. (2017)

2.2 APS como nexo indispensable.

Misiones sanciona en 2007 la Ley Provincial de Salud. Dicha Ley tiene como objetivo “garantizar a todos los habitantes de la Provincia el acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida, en términos de la Constitución Provincial, siendo sus disposiciones de orden público”¹⁷. La Ley se sustenta en cuatro modelos: el Modelo de Atención, el Modelo de Gestión, el Modelo de Calidad y el Modelo de Financiamiento. En ese contexto, la Ley hace especial hincapié en acercar la salud a la población a través de la Atención Primaria de la Salud.

Captación, categorización y aviso: el riesgo como un factor de decisión

Acompañar políticas como la estrategia de APS implica necesariamente realizar abordajes

donde los equipos en los CAPS constituyen un factor fundamental para la captación, evaluación y seguimiento. En este sentido se identifica a la APS como el primer eslabón en el sistema de salud, cuyo rasgo esencial es la estrecha cercanía a la población, por su ubicación geográfica, y por su vínculo estrecho dentro de cada hogar.

Ahora bien, el abordaje ante una situación que se presente en la adolescencia no será igual, en función de la situación de riesgo que se detecte, diferenciándose acciones y posibilidades según el nivel de atención y recursos de cada territorio. Considerando el sistema en su conjunto, se plantea el siguiente manejo:

ESQUEMA ABORDAJE EN APS



Fuente: Elaboración propia.

17. Ley XVII - N°58. Año 2007

1-Captación:

Los y las adolescentes con comportamientos autolesivos podrán ser captado en efectores de Atención Primaria de la Salud e ingresar al Sistema de Salud de diferentes formas:

- »» Por consulta en consultorios médicos, de salud mental y otras profesiones, sector enfermería, etc.
- »» Trabajo en la comunidad por parte del equipo de salud (ronda sanitaria, visita domiciliaria, etc.)
- »» Asesorías integrales en salud en escuelas secundarias; u otras actividades de vinculación salud-educación
- »» Etc

2-Categorización:

El equipo de salud deberá hacer una primera evaluación de riesgo (ver "valoración de riesgo"), para una posterior "categorización". Es decir, se evaluará si el/la adolescente captado por el equipo amerita una atención en el primer, segundo, o tercer nivel de organización sanitaria. Dado que se considera el suicidio como resultado de un proceso, es necesario considerar el mismo, por cuanto esto permite las acciones de categorización y evaluación de riesgo.

El suicidio como resultado de un "proceso"

Al momento de evaluar el riesgo, es necesario que comprendamos que el suicidio en la adolescencia generalmente constituye un PROCESO¹⁸. Esto significa que para que un/una adolescente llegue al momento de realizar un intento de suicidio o quitarse la vida, tuvo que



* Fuente: Prevención del Suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. 2014
18. Fuente: Dra Diana Atavilla, Clases Capacitación Misiones, 2018.-
19. Organización Mundial de la Salud.

MITO *

El suicida está decidido a morir.

REALIDAD:

Por el contrario, los suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. Alguien puede actuar impulsivamente al beber plaguicidas, por ejemplo, y morir unos pocos días después, aunque hubiera preferido seguir viviendo. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.

haber atravesado por una serie de "momentos" con cierta temporalidad.

En este punto resulta fundamental que podamos comprender ciertos conceptos:

Autolesión: Acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño NO letal, con propósitos y causas diversas. (Pueden o no estar vinculados a intentos de suicidio)

Ideación Suicida: Es aquel conjunto de ideas 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.

Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. La presencia de un plan suicida constituye un indicador grave, y por lo tanto su detección implica la pronta activación de todos los circuitos de atención y contención. Cuanto más planificada es la idea, el riesgo de concreción se incrementa.

Intento de suicidio: Acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual, y/o referido por el/la Adolescente, y/o referente/acompañante.

Suicidio Consumado: Es el "acto deliberado de quitarse la vida"¹⁹.

Factores protectores y factores de riesgo

Los factores de riesgo, son aquellas situaciones que agravan o aumentan el riesgo de que el/la adolescente lleve adelante un acto suicida, y la presencia de muchos de ellos son pautas de alarma para determinar la gravedad de la situación.

Algunos factores de riesgo pueden ser:

- » Intentos de suicidio previos,
- » Letalidad del método elegido,
- » Aislamiento,
- » Antecedentes familiares de conducta suicida,
- » Provenir de un hogar con estructuras y dinámicas familiares lábiles,
- » Enfermedad psiquiátrica de los progenitores,
- » Pérdida de una relación valiosa,
- » Problemas académicos,
- » Acoso escolar (bullying),
- » Pertener a grupos familiares en donde los estándares en materia de logro y cumplimiento de expectativas (con relación a las metas escolares, comportamientos sexuales esperados, etc.) resultan en una carga excesiva para el sujeto,
- » Ausencia de red de apoyo,
- » Historial familiar de maltrato,
- » Uso de alcohol y drogas,
- » Comportamiento agresivo e impulsivo,
- » Enfermedad psiquiátrica grave,
- » Ser sobreviviente de abuso sexual,
- » Carecer de destrezas para el manejo de situaciones conflictivas,
- » Episodio de excitación psicomotriz o de ansiedad incoercible de cualquier origen.

Uno de los principales factores de riesgo guarda relación con la ausencia de un adulto significativo para el adolescente²⁰

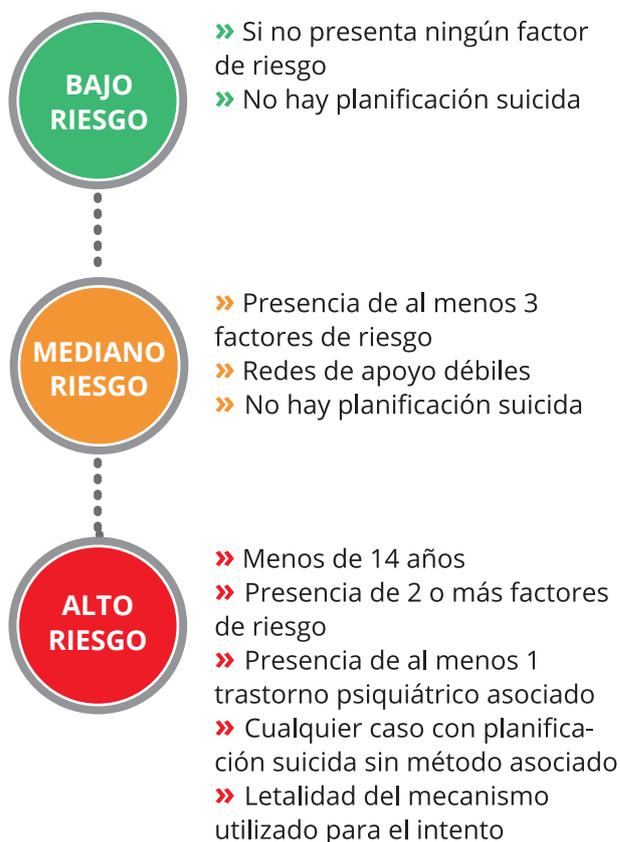
Los factores protectores constituyen aquellas herramientas con las que cuenta el/la adolescente como fortaleza para enfrentar la situación de crisis suicida, y no sólo ayudan a determinar el nivel de riesgo, sino que además pueden ser utilizados como herramientas para la intervención.

Algunos factores de protección pueden ser:

- » Destrezas adecuadas para resolver problemas, es decir, contar con habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades.
- » Creencias culturales y religiosas que desapruében el suicidio y valoren la vida.
- » Confianza en sí mismo (capacidad de destacar los aspectos positivos ante situaciones de fracaso), buena autoestima y autoimagen.
- » Sentirse parte de un grupo o comunidad, contar con habilidades sociales que le permitan integrarse a la escuela, club, barrio, etc.
- » Saber buscar ayuda ante una adversidad, es decir, tener la capacidad como para poder acercarse a la familia, amigos, maestros.
- » Receptividad para aprender cosas nuevas.
- » Manejo del autocontrol y tolerancia a la frustración, es decir, contar con la capacidad de postergar las gratificaciones inmediatas.
- » Aprovechar las fuentes de salud mental o recursos institucionales en la comunidad.

En función de lo precedente, se establecen las siguientes orientaciones según el nivel de riesgo y la capacidad de abordaje:

VALORACIÓN DE RIESGO*



20. "El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina". Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mayo 2019, Buenos Aires, Argentina. -

*Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes.

Si el/la adolescente con comportamientos autolesivos es un paciente que presenta un riesgo leve (ver cuadro de valoración de riesgo), éste será seguido y acompañado desde el CAPS y Hospitales de nivel I correspondientes a su área programática (efector más cercano a su domicilio), con las respectivas visitas domiciliarias mensuales por parte de integrantes del equipo de salud, como así también con su respectivo seguimiento por parte del Médico, Trabajador Social, Psicólogo de referencia, Lic. en enfermería, etc.

Si el/la adolescente es un paciente que presenta un riesgo moderado (ver cuadro de valoración de riesgo), éste será seguido y acompañado desde el Hospital nivel II de referencia (regionalización). En los casos en los que el municipio no cuente con mayor nivel de complejidad, se solicitará la interconsulta pertinente con el especialista, quien operará como equipo de apoyo a los equipos de salud.

El paciente con un riesgo elevado, será un paciente inmediatamente derivado a hospitales nivel III. Generalmente, tales pacientes ingresan directamente por guardia de emergencia. En tal caso, luego del respectivo aviso a la Dirección del Hospital, se deberá dar aviso al Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente, así como a la Zona Sanitaria de Salud, para coordinar acciones.

QUÉ NO HACER

NO JUZGAR, NO COMPARAR.

No le diga que eso es de cobardes, o que es de valientes y que él o ella no lo es. No le diga cosas como "algo habrás hecho para estar así", responsabilizándola de toda la situación, o señalar que "está mucho mejor que otras personas". Esto suele incrementar los sentimientos de culpa y de malestar.*

QUÉ NO HACER

NO UTILIZAR REPRIMENDAS.

No actúe de modo excesivo o lo culpe por estar mal. ¡No vaya a ser otra petición de ayuda! Muchas veces lo que necesitan es motivación y eso no se consigue una reprimenda*

3-Aviso: Cualquiera sea la forma de ingreso, se deberá dar aviso a la Zona Sanitaria de Salud, como así también al Programa Provincial de Salud Integral Adolescente, para la activación de los mecanismos de acompañamiento y contención necesarios.

4-Seguimiento: todos/toadas los y las adolescentes con comportamientos autolesivos captados, sea cual fuere el nivel de atención que necesiten, deberán contar con el seguimiento desde la Zona Sanitaria de Salud, adjuntando informe psicosocial, informe de visita mensual por parte del integrante del equipo de salud que la realice (ya que éste es un paciente de RIESGO) y con el respectivo seguimiento con el psicólogo de referencia de la Región, sea éste quien lo esté tratando o no.

5-Riesgo Social: En función a la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, de existir alguna vulneración de derechos, el equipo de salud deberá realizar el pedido de Protección de Persona, enviando pertinente informe a la Zona Sanitaria de Salud

* Protocolo de prevención y atención en la adolescencia, intento de autoeliminación. ASSE Salud. Uruguay. (2017)

2.3 Circuito de atención de el/la adolescente en Hospitales



Fuente: elaboración propia, equipo de "Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes"

Ingreso por guardia:

El/la adolescente que ingresa por guardia en un hospital, ingresa con un nivel de riesgo elevado. El equipo de emergencias realiza el "triage" y la correspondiente estabilización clínica.

Interconsulta con Salud Mental y Área Social:

Inmediatamente el médico de guardia debe estabilizar a el/la adolescente y realizar la interconsulta con salud mental y el área social. El/la adolescente en situación de riesgo debe irse de alta habiéndose realizado la evaluación psicosocial pertinente. El equipo de la guardia de emergencia, junto con los referentes psicosociales, determinarán la necesidad de interconsulta con psiquiatría y/o el área legal.

Interconsulta con Psiquiatría:

Se considera necesaria la interconsulta con psiquiatría cuando el/la adolescente realiza un segundo intento de suicidio, o, cuando la evaluación realizada desde el área psicosocial, así lo consideren (ver anexo 3: tratamiento psicofarmacológico).

Intervención del Área Legal:

La intervención del área legal se realizará todas las veces que en la evaluación psicosocial se detecten vulneración de derechos en niños, niñas o adolescentes y donde el nivel de riesgo determine la necesidad de solicitud de protección de la persona.

Alta con turno:

Luego de realizadas las primeras intervenciones de los equipos de salud, y evaluado el/la adolescente en condiciones de alta, ésta se dará con un turno asegurado para seguimiento y continuidad de tratamiento con un profesional a cargo.

El alta se dará con indicación de seguimiento por el equipo de salud mental cuando se verifiquen los siguientes ítems²¹:

- » La acción auto lesiva es de bajo grado de agresión.
- » Ideación de poca consistencia.
- » El contexto familiar se evalúa como 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.

21. Puede garantizarse el seguimiento "Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes", Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Argentina 2018.-

Seguimiento junto con APS:

De acuerdo al nivel de complejidad, el/la adolescente da continuidad a su tratamiento, con turno y profesional a cargo, sea por consultorios externos en el hospital- como paciente ambulatorio- o desde el CAPS. Si la continuidad de tratamiento se da desde consultorios externos, el CAPS colabora con el hospital, asegurando que el/la adolescente asista al turno asignado, con la pertinente visita domiciliaria, en caso de que se deba realizar la recaptación (esto es, si el/la adolescente no asiste a su turno asignado y resulta necesario asignarle un nuevo turno).

2.4 Aspectos claves del proceso: registro, comunicado y seguimiento

REGISTRO EN EL SISTEMA ESTADÍSTICO

Uno de los principales cuellos de botella que debe enfrentar el sistema sanitario lo constituye el registro de eventos relacionados al suicidio e intento de suicidio. En líneas generales puede identificarse sub registro, debido a diversos factores, entre los que encuentran las diferentes formas de registro, ciertas reticencias propias del equipo de salud, entre otros.

Es importante que los equipos dimensionen que el registro constituye un eslabón esencial para la buena aplicación de políticas públicas y toma de decisiones que orienten recursos y acciones más acertadas

Rismi/Tamcor/serv. Salud/ SIGEP:

Se deberá registrar en el sistema informático que utilice el efector (RISMI TAMCOR/SERV. SALUD/ SIGEP), todo intento de suicidio (de acuerdo al nomenclador basado en el CIE-10 /CEPS-AP), sea el paciente internado o no.

Es decir, toda consulta por intento de suicidio, ingrese por guardia de emergencias o sea captado por consultorios externos ambulatorios, sea cual fuere el servicio que lo identifica, deberá registrarse.

REGISTRO EN PLANILLA DE CONSULTA DIARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS:

Los profesionales de la salud que realicen seguimiento ambulatorio, registrarán su prestación en la planilla de consulta diaria. La codificación utilizada para consultas de seguimiento en APS (CEPS-AP), es la siguiente:

» Pacientes con *ideación suicida*:

724 (CIE 10: R45.8)

» Pacientes con *intento de suicidio*:

898 (CIE 10: Z91.5)

REGISTRO EN PLANILLA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS:

Especificar esta descripción por parte del profesional interviniente, permitirá una buena codificación por parte del responsable de la estadística hospitalaria y un buen registro de datos para lectura y posterior toma de decisiones por parte de las autoridades ministeriales.

Si el paciente ha sido hospitalizado, se hará especial hincapié en el buen registro de la "Planilla de Hospitalización" (ver anexo 1), donde se consigna la causa principal (causa externa, consignándose las S y T del CIE 10)- pto 17 "diagnóstico principal al egreso"- y, además se consignará la intencionalidad -pto 22-. Es decir, "Lesión Autoinflingida" (consignándose la codificación CIE 10 X60 a X84), así como el lugar donde se produjo el hecho.

FLUJOGRAMA COMUNICADO/SEGUIMIENTO ONLINE

El comunicado y seguimiento online de casos de intento de suicidio, permite además de una mejora en los registros de morbilidad, el seguimiento personalizado y el monitoreo para mantener protegido y dentro del sistema sanitario, a los y las adolescente en situación de riesgo.

CIRCUITO DE SEGUIMIENTO DE CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO ONLINE



1. La identificación de adolescentes con intento de suicidio o suicidio son obtenidos a través de:
 - a) aviso informal acerca de un caso, activándose la red de contención, visita, etc.
 - b) medios de comunicación, generándose la búsqueda del caso o contacto a través de zonas sanitarias, regiones, referentes zonales, referentes de hospitales, ingresando así al monitoreo
 - c) informes anuales de Zonas, Áreas y Hospitales a la Subsecretaría de Salud.
 - d) vía online por sistema rismi

2. Una vez recibida la información acerca de un/ una adolescente, se realizan los procesos de referencia y contra referencia para asegurar el ingreso y seguimiento del paciente dentro del sistema sanitario.



* Protocolo de prevención y atención en la adolescencia, intento de autoeliminación. ASSE Salud. Uruguay. (2017)

Todas las veces se dará un comunicado del caso al PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE y a la DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL, del Ministerio de Salud Pública

3. Los adolescentes que requieren visita domiciliaria: Si el paciente no ha sido captado desde el efector y puesta en marcha las visitas domiciliarias de rutina, se informa a los jefes de zona, jefes de área o director de hospital acerca de la necesidad de visita, en caso de que no se cuente con equipo de referentes.

4. A medida que se actualizan los registros de Casos de Intento de Suicidio, se conforma el respectivo registro estadístico de los mismos en la planilla drive, en las fichas de riesgo y en el mapa regionalizado de monitoreo de casos y recursos de cada zona y región.

MITO*

La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa.

REALIDAD:

La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen si advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.

SEGUIMIENTO EN EFECTOR

Ficha cronológica de seguimiento de los y las adolescentes en situación de riesgo

La ficha de seguimiento de riesgo (ver anexo 4) constituye una herramienta sanitaria de registro que permite realizar el seguimiento y control de los y las adolescentes de manera asidua. Al ser cronológica, y no alfabética, nos permite observar mes a mes si el paciente asiste a su consulta o realiza abandono del control.

Los/las adolescentes en riesgo deberán estar debidamente seguidos, y clasificados de acuerdo al NIVEL de RIESGO y de este modo tener un buen control.

Utilidad:

» Permite **IDENTIFICAR AL PACIENTE SEGÚN SU RIESGO**.

» Se completan solamente **DATOS IMPORTANTES Y MÍNIMOS**, para saber de forma **RÁPIDA** acciones a seguir con el/la adolescente de riesgo. **NO ES** un resumen de Historia Clínica.

» Debe ser **ORDENADO** de acuerdo al último mes de atención y estar siempre actualizado (**SE REVISAN TODOS LOS DÍAS**).

» Es una forma de visualizar rápidamente el **ABANDONO DE ASISTENCIA AL CONTROL**

Si es **verde**, implica que la atención no urge (pero amerita seguimiento, ya que, si abandona la asistencia a los controles, el color cambiará). El riesgo es **bajo**.

Si es **amarillo**, es un/una adolescente al que hay que prestar atención especial, y que es necesario controlar para prevenir mayores complicaciones. Éste es el/la adolescente de cuidado que si no se realiza el seguimiento adecuado, puede pasar a rojo y transformarse en grave. El riesgo es **mediano**.

Si es **rojo**, deben activarse los circuitos de atención y contención de forma URGENTE. El color rojo, puede incluir a todos los adolescentes que tienen tratamiento en Nivel III (es decir, el CAPS en este caso realizará el seguimiento de asistencia de los y las adolescentes adolescente a las consultas de mayor complejidad), o, riesgo PSICOSOCIAL, que amerita un minucioso seguimiento. Además, podrá indicar que el/la adolescente necesita seguimiento en corto tiempo entre consultas. El riesgo es **alto**.

Es necesario tener en cuenta, que la interconsulta a un nivel III también la puede necesitar un paciente con color verde, según la oferta de servicios del efector de origen. Y también que sea un paciente de riesgo alto (rojo) no necesariamente deberá ir a un nivel III, si cuenta con las prestaciones que necesita para un buen seguimiento en CAPS u Hospitales Niveles I o II.

El color muestra gráficamente el nivel de riesgo, y el nivel de riesgo indica entre otras cosas, la periodicidad de las consultas al efector.

* Prevención del Suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. 2014

La ficha de seguimiento de riesgo se controla todos los días y permite, mes a mes, ver si el o la adolescente asiste a su consulta.

QUÉ HACER

ACEPTAR SU PROPIA REACCIÓN:

Usted puede sentir miedo o preferir ignorar la situación. Si le está costando la misma, solicite la ayuda de alguien de confianza.*

El seguimiento de los y las adolescentes adolescente en riesgo deberá darse por al menos dos años desde el momento del intento de suicidio. Y contemplando el nivel de riesgo, un seguimiento adecuado del paciente estaría dado a partir de un proceso gradual que va desde los dos encuentros por semana, y a medida que disminuye la intensidad de la intención suicida se irán espaciando los encuentros a una vez por semana, cada quince días, cada tres meses, cada seis meses, al año y a los dos años, siempre y cuando el paciente vaya mostrando mejoría en su proceso de salud y el riesgo disminuyendo. El nivel de riesgo y el tiempo de seguimiento dependerá de la evolución del caso en particular. Puede ocurrir que el/la adolescente presente "recaídas", lo cual amerite un aumento en la frecuencia del seguimiento.

EL SEGUIMIENTO VIRTUAL

Durante mucho tiempo la idea de realizar un abordaje y pensar estrategias de intervención con adolescentes en situaciones de crisis a través de la virtualidad, vía online, ha sido vista con cierto recelo. Sin embargo, la situación global de pandemia por SARS-CoV-2 y el consecuente aislamiento social, preventivo y obligatorio, ha derribado tales barreras y propiciado diferentes modalidades de desarrollo de estrategias de contención, apoyo y seguimiento, desarrollándose espacios de encuentro virtual entre pares, con adultos significativos y asesorías virtuales, dispositivos que permitieron dar continuidad a los cuidados de adolescentes en tratamiento en cada efector y demostrando que el distanciamiento físico no constituiría una barrera para lograr un acercamiento y contención emocional. Permitió superar barreras geográficas, prejuicios y acortar procesos, entre otros aspectos.

Pero, además, se hace necesario pensar que a partir del aprovechamiento de la situación de aislamiento, visto como oportunidad, permitió llegar más pronto y a una mayor cantidad de personas, derribando barreras demográficas importantes que se observan, dado que el aumento de la problemática comienza a exceder la capacidad de respuesta de los equipos de salud, y de salud mental en particular.

MITO *

Solo las personas con trastornos mentales son suicidas.

REALIDAD:

El comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no son afectadas por el comportamiento suicida, y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental.

* Prevención del Suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. 2014

* Protocolo de prevención y atención en la adolescencia, intento de autoeliminación. ASSE Salud. Uruguay. (2017)

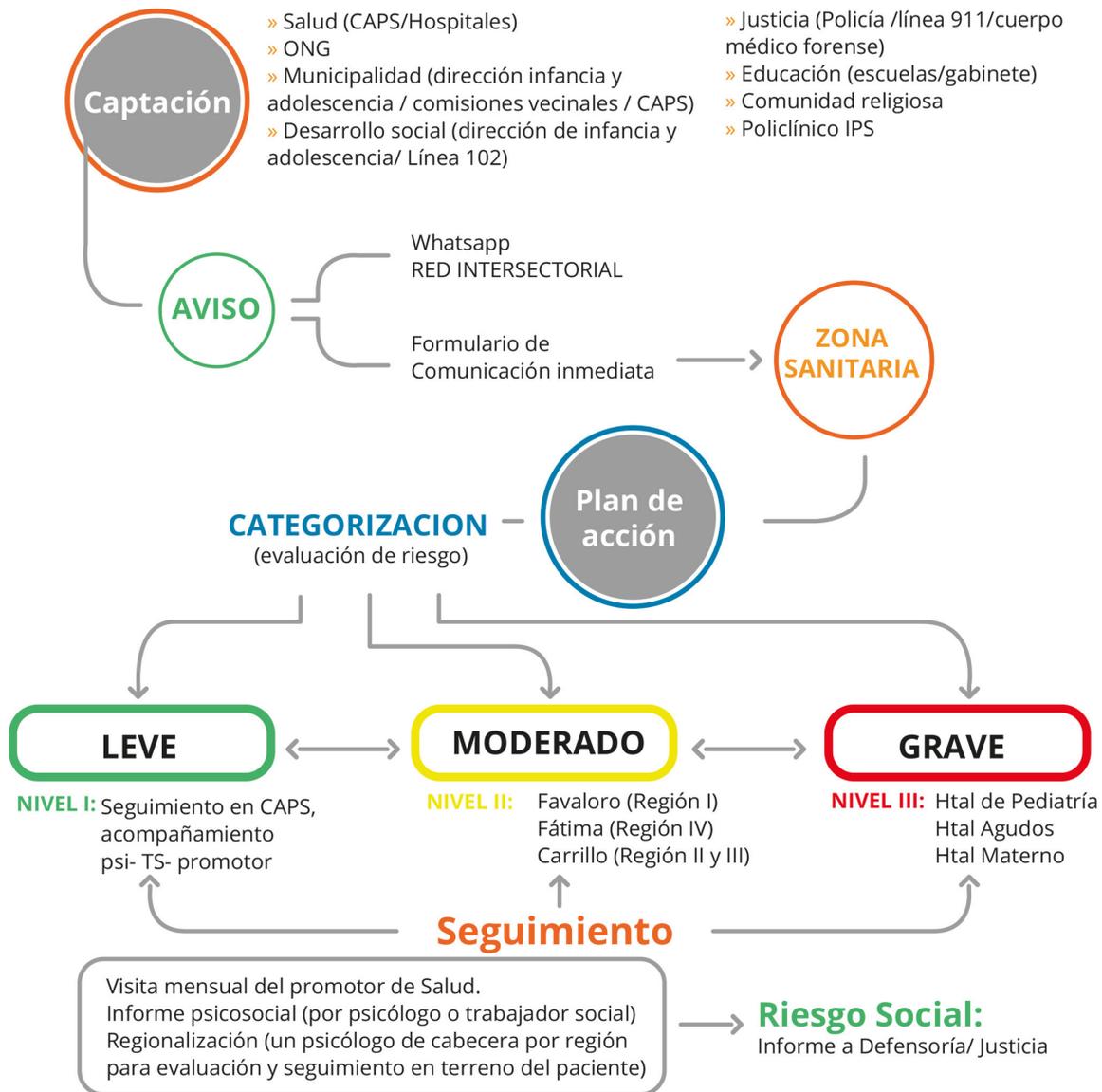
PARTE 3

CAPITALIZANDO EXPERIENCIAS LOCALES

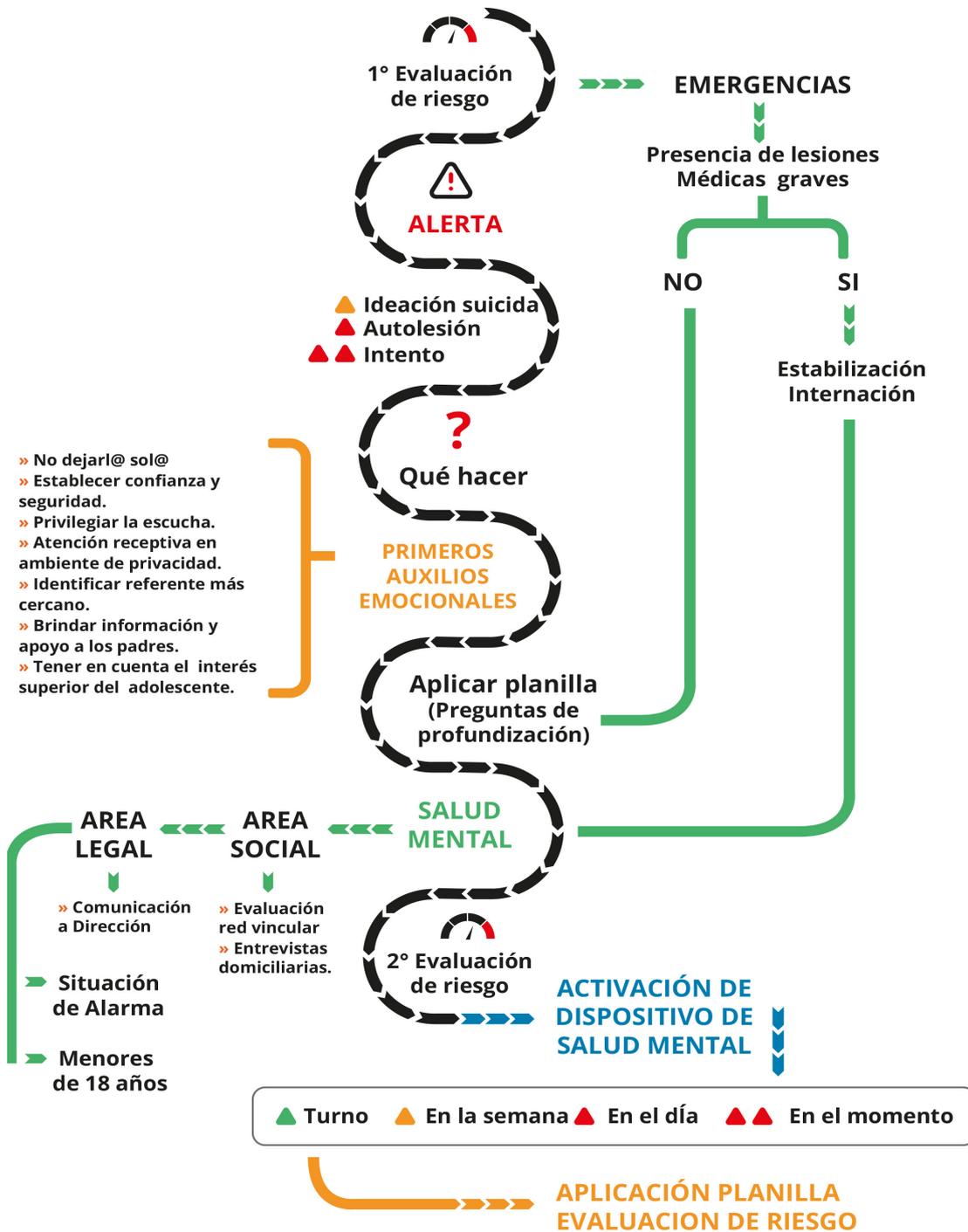
Se recuperan las experiencias realizadas desde la línea de trabajo de abordaje del suicidio e intento de suicidio en la adolescencia, que permiten visibilizar diferentes estrategias de acción en función del contexto en el cual se desarrollan. Para ello, se presentan las acciones de implementación de flujogramas de atención

en hospitales, experiencias de trabajo en posvección, así como también en materia de prevención. Se considera que las mismas pueden servir de orientaciones concretas en diferentes espacios, y recursero de nuevas iniciativas en función de cada contexto territorial.

ESQUEMA DE ACTUACIÓN ZONA SANITARIA: ZONA CAPITAL



COMPORTAMIENTO SUICIDA



fuentes de elaboración propia Equipo de Salud del Hospital Nuestra Señora de Fátima en conjunto con Equipo de Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes

ESQUEMA HOSPITAL NIVEL III: HOSPITAL DE PEDIATRÍA “DR FERNANDO BARREYRO”



INTENTO DE SUICIDIO

1° vez / ulterior



MEDICO DE GUARDIA

- » Estabiliza el paciente
- » Llama a interconsulta
- » Debe realizar ficha de intento de suicidio para evaluación de riesgo (inmediata)



INTERNACIÓN

Preferentemente en aislamiento, con familiar tiempo necesario como para seguimiento por consultorio



INTERCONSULTAS

- » Salud mental (dentro de las 24 hs)
- » Asistencia social
- » Legales (si es necesaria la intervención debe ser inmediata)



PSIQUIATRÍA

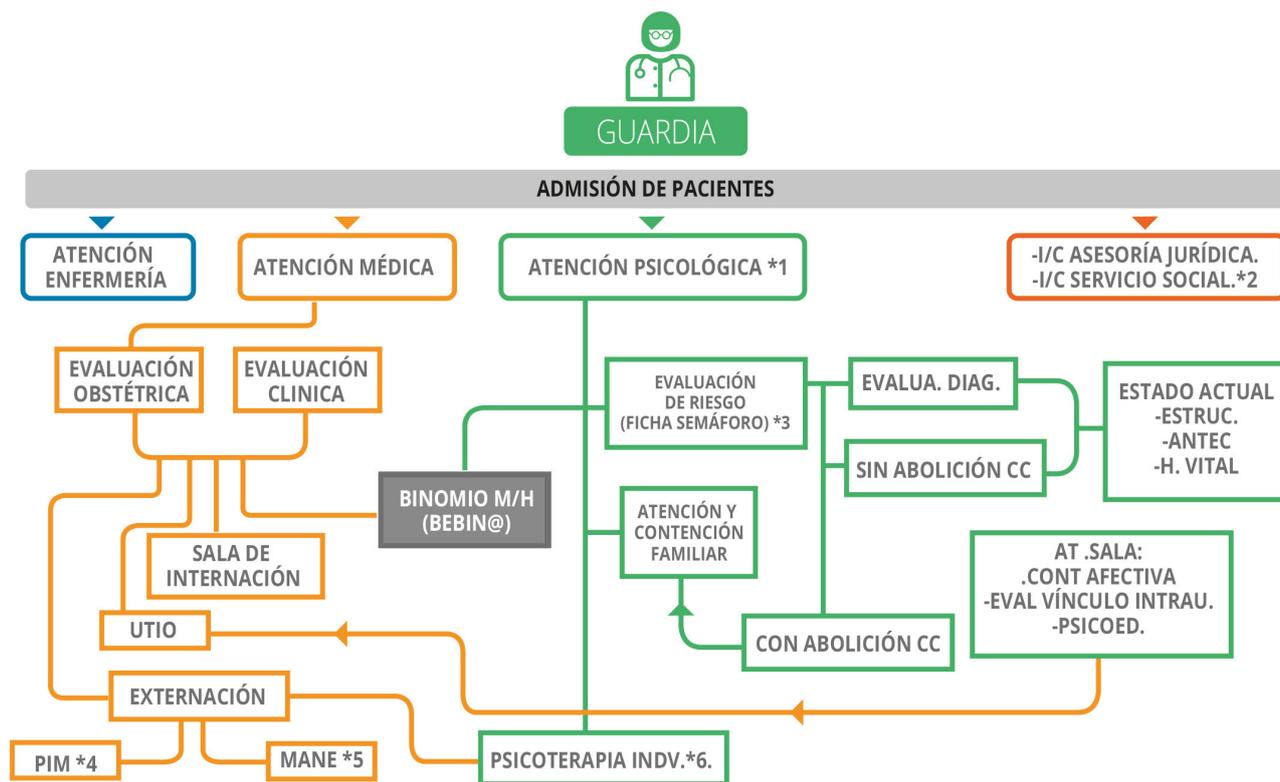
Intento ulterior pedido de interconsulta desde salud mental. El hospital no tiene especialista se debe recurrir a otra institución para solicitar IC.



ALTA DE INTERNACIÓN

Médico clínico da en alta clínica cuando hayan pasado los efectos del intento. Salud mental decide seguimiento por consultorio con día y fecha asignada al alta de internación.

ESQUEMA NIVEL III: HOSPITAL MATERNO NEONATAL



fuerza de elaboración propia Equipo de Salud Mental del Hospital Materno Neonatal en conjunto con Equipo de Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes

Las gráficas precedentes, correspondientes a diferentes organizaciones sanitarias y áreas de las mismas -como por ejemplo las guardias- representan los modos en que cada institución fue organizando la implementación de los lineamientos para el abordaje de la problemática del suicidio en la adolescencia en función de la materialidad de su organización.

Experiencia de postvención a través de la producción de un audiovisual.

La postvención se refiere a las acciones e intervenciones posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida²².

La postvención implica el abordaje y acompañamiento a la red vincular de los y las adolescentes que se quitaron la vida a través del desarrollo y diagramación de acciones que permitan reestructurar psicoemocionalmente a los afectados (familia, amigos, club, escuela) e identificar personas en mayor estado de vulnerabilidad que se encuentren en riesgo y diseñar acciones de contención y acompañamiento inmediato.

Durante el 2018 se desarrolló un proyecto de producción de un cortometraje audiovisual guionado, dirigido, grabado y editado por estudiantes de una escuela secundaria de Posadas en conjunto con estudiantes de un instituto terciario de la carrera de Diseño Gráfico. El proyecto se inició a partir del suicidio de un compañero de los alumnos de segundo año de esa escuela secundaria con la finalidad de generar la postvención como forma de elaborar la pérdida de su compañero en el grupo de pares; y a su vez transmitir un mensaje audiovisual a los

22. Ley Nacional de prevención del suicidio N° 27130

adolescentes que pudieran estar pasando por una situación similar.

El proyecto se desarrolló en el marco de talleres interinstitucionales. Se llevaron a cabo dos encuentros semanales a lo largo de cuatro meses, donde se presentaron las distintas instituciones a las que los estudiantes podrían acceder ante determinadas necesidades: Colegio de Psicólogos -gestión de las emociones-; Asociación Defender la Vida -promoción de conductas resilientes en la prevención del suicidio-; Línea 102: Dirección de Violencia Familiar, Ministerio de Desarrollo Social, la Mujer y la Juventud de la Provincia de Misiones -bullying-; Centro de Acceso a la Justicia -discriminación-; Grupo de Teatro Senderos de Viento -expresión corporal-; Itec 3 -guión, lenguaje audiovisual, edición-; Asesorías ENIA -salud sexual y reproductiva-; Asociación Colectivo 108 -diversidad y género-. Además, se realizaron actividades de prevención con el grupo y, hacia el final de los talleres, los alumnos lograron hablar de lo ocurrido resignificándolo a partir de la producción de un cortometraje audiovisual.

A partir de la sistematización de esta experiencia, se propone una metodología para la implementación de un proyecto de producción audiovisual con adolescentes. (Ver anexo 5)

La experiencia generó espacios de encuentros periódicos con las instituciones participantes, que arbitraron los medios necesarios para desarrollar la primera jornada de trabajo intersectorial y consolidar un espacio de socialización respecto a lo que cada institución hace en torno a la problemática de suicidio e intento de suicidio en adolescentes. Además permitió que los adolescentes conocieran en primera persona a aquellos profesionales que formaban parte de las instituciones con las que podían contar al momento de atravesar alguna situación de vulnerabilidad.

La experiencia generó espacios de encuentros periódicos con las instituciones participantes creándose la red intersectorial para el abordaje de la problemática de suicidio en la adolescencia.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones para la entrevista con con población adolescente

La entrevista constituye la herramienta primordial, siempre y cuando el paciente se encuentre estabilizado hemodinámicamente y lúcido como para poder entablar una conversación acerca de lo ocurrido.

Se deben realizar preguntas que vayan profundizando en el tema.

Será a partir de la entrevista que podremos evaluar el riesgo. En ésta se debe explorar siempre la procesos de ideación suicida.

La detección de pensamientos e ideas suicidas, sean cuales fueran, deben tomarse en cualquier caso en serio. Es importante confrontar y aclarar las ideas de suicidio que surgen.

Preguntar a el/la adolescente acerca de su intención, no lo impulsa a la misma. Por el contrario, el habilitarle un espacio de escucha, que la persona pueda hablar acerca de lo que le está ocurriendo, libera la angustia. Pone en palabras aquello que no puede hablar. Algunas preguntas posibles a realizar al momento de encontrarnos con un/una adolescente en situación de autoagresión pueden ser²²:

1. ¿Qué fue lo que pasó que te trajeron aquí? ¿Por qué estás acá?
2. Dicen que te quisiste lastimar. ¿Esto es así?
3. Dicen que amenazaste con lastimarte o matarte. ¿Cómo es esto?
4. ¿Tenés idea de por qué te lastimaste?
5. ¿Qué pensaste mientras te lastimabas?
6. ¿Cómo te apareció la idea de hacerte daño?
7. ¿Desde cuándo venís pensando en hacer esto?
8. ¿Se te había ocurrido antes hacer algo así?
9. ¿Te sentiste mejor después de hacerte daño?
10. ¿Qué pensabas que te iba a pasar?
11. ¿Habías pensado en que te querías morir?
12. ¿Habías pensado en que te podías morir?
13. Cuando te diste cuenta que no habías muerto, ¿qué pensaste?

**“La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es PREGUNTANDO”.
EL RIESGO ES JUSTAMENTE QUE ESAS IDEAS PERMANEZCAN OCULTAS.**

22. "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes", Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina 2018.-

Además, para lograr un mejor abordaje, resulta necesario que los equipos intervinientes puedan tener en cuenta algunos aspectos que podrían fortalecer el vínculo con el adolescente²³:

- » Mostrar seguridad de SABER MANEJAR LA SITUACIÓN.
- » Poder TRANSMITIR a los y las adolescentes y su familia la posibilidad de atención, contención y acompañamiento, y poder así percibir el mensaje de “no estás solo, estoy completamente comprometido en acompañarte, en todo lo humana y profesionalmente posible, a superar la situación”.
- » Esto implica NO JUZGAR, ni colocarse en una postura de intentar hacerlo “recapacitar”.
- » Estar atento a los PROPIOS PENSAMIENTOS y/o expresiones que se generen en el equipo.
- » Crear un plan de acción de acuerdo al CASO EN PARTICULAR, guiándose de las pautas establecidas.
- » Asegurarse de que se realice el REGISTRO del caso.
- » EXPLORAR, posibilidades diferentes al suicidio.
- » Establecer CONTRATO de no suicidio.
- » Trabajar CON LOS Y LAS ADOLESCENTES la decisión de comunicarle a sus padres que él está en riesgo.
- » CAPACITARSE para desarrollar una adecuada evaluación e intervención, o pedir supervisión si es necesaria.
- » Impulsar y buscar espacios de CONTENCIÓN Y CUIDADO PROFESIONAL.
- » Abordar el caso de manera INTERDISCIPLINARIA.

MITO *

Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo.

REALIDAD:

El mayor riesgo de suicidio suele ser de corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida.

23. A
24. Fi
Proye
*Fuei

eliminación”. ASSE Salud. Uruguay. 2017.-
y Autolesiones en la Adolescencia. Un Enfoque para su Abordaje Institucional y Comunitario”.
iones. 2020-2021
al de la Salud. 2014

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER ²⁴

Tiempos: antes- durante- después de una situación de crisis suicida en la adolescencia

ANTES

Cómo una institución organiza su cotidianidad institucional con anterioridad a una situación de suicidio.

QUÉ HACER

- » Generar dispositivos de acompañamiento a los equipos que permitan pensar y pensarse en sus prácticas.
- » Construir “criterios” unificados, contar con criterios en común, lo que permitirá estar mejor preparados para afrontar situaciones concretas.
- » Preparar un equipo de emergencias, que no sea necesariamente un especialista en salud mental.

ADEMÁS

- » Trabajar en torno a los mitos y tabúes que tenemos como profesionales, como institución, como comunidad.
- » Posibilitarnos pensar qué significa “escuchar” y “acompañar” a los adolescentes.
- » Tener en cuenta que los adultos en estas situaciones extremas tienen desbordes emocionales.
- » Entender los tiempos del duelo.
- » Poder utilizar herramientas expresivas que permitan y/o habiliten hablar.
- » Conocer la propia comunidad, los recursos potenciales, construir redes.
- » Capitalizar las oportunidades de capacitarse constantemente.
- » Tener presente al equipo de nivel central como un tercero externo a quien recurrir para consultoría, como un agente con una mirada exterior.

QUÉ NO HACER:

- » Negar la existencia de la problemática (por miedo, angustia, ignorancia)
- » Dejar de contemplar el caso en particular, al atenerse al protocolo
- » Atender casos complejos que requieren intervenciones específicas, sin realizar las interconsultas pertinentes

DURANTE

Tiempo del primer impacto de la situación de suicidio

QUÉ HACER

- » Organizar criterios previamente establecidos que nos permitan anticipar, ordenar, trabajar en la emergencia.
- » Acompañar de manera integral a la familia, amigos y compañeros con criterio corresponsabilizante, en forma de encuentros grupales, y luego ir evaluando aquellos que necesiten encuentros individuales o intervenciones más personales.
- » Determinar quiénes serán los adultos que estén en condiciones de acompañar y que cuenten con las herramientas para estar allí
- » Quienes intervengan serán siempre al menos dos personas.
- » Contar con un espacio de cuidado del cuidador, es decir un espacio coordinado por profesionales externos a la institución, donde los adultos que acompañen a su vez puedan hablar de cómo están interviniendo y lo que les pasa con esta situación.

QUÉ NO HACER

- » Dar lugar a intervenciones heterogéneas, intervenciones de varios sectores. Genera confusión y malestar.
- » Evitar discursos vitalistas, moralistas. La postura del adulto en acompañamiento a los adolescentes se debe centralizar en permitir que

los adolescentes puedan expresarse libremente y sin censura sobre lo que ellos piensan.

- » Concentrarse en buscar las causas y sentidos. Esto aleja del proceso de elaboración del hecho.

DESPUÉS

El tiempo posterior a la emergencia de una situación de suicidio.

¿QUÉ HACER?

- » Generar espacios que permitan reelaborar las secuelas del impacto que produce una situación de suicidio y que estos sean de manera lúdica, creativa, expresiva.
- » Realizar el seguimiento de familiares o amigos del entorno de el/la adolescente que se suicidó. Este seguimiento debe estar articulado con salud mental, sobre todo cuando encontramos señales de alarma importantes.
- » Focalizar la tarea institucional en el mejoramiento de estrategias y acciones orientadas a sostener, acompañar, escuchar, hacer lugar.

¿QUÉ NO HACER?

- » Ignorar la situación a partir de la idea de que el impacto se ha de disolver de manera natural y no existen secuelas, efectos y consecuencias del trauma vivido.
- » Promover espacios a modo de altares permanentes en memoria del compañero/a, amigo/a fallecido. Si surgen espontáneamente, acompañar el proceso propiciando la idea de su transitoriedad.

Escuchar a los y las adolescentes:

Cuando estamos frente a un/una adolescente, es importante que tengamos en cuenta ciertos preconceptos con los que podemos encontrarnos:

- » Reflexionar respecto de las representaciones sociales que se generan, a modo global, en los medios, en instituciones en torno a los adolescentes
 - » Reconsiderar el modo de construcción de los problemas de las adolescencias
- Escuchar al adolescente supone
- » Respeto de los tiempos de los y las adolescentes
 - » Reconocerle capacidades y condiciones para opinar sobre todas las acciones en las que está implicado.

- » Crear espacios confiables, contenedores, no intimidatorios, que eviten el riesgo de crear una “ficción de escucha” (como si)
- » También implica hablar,. Escuchar no significa adoptar una actitud pasiva
- » Incorporar en el proceso a referentes afectivos y comunitarios
- » Establecer un espacio de confianza para los y las adolescentes. Convertirse en un adulto confiable (no un cómplice)

Debemos evitar:

- » Ignorar la situación
- » Mostrarse consternado
- » Hacer parecer el problema como algo trivial
- » Dejar a los/las adolescentes solos
- » Dar falsas garantías

Recomendaciones al acompañante

Resulta importante que tengamos en cuenta al momento de entrevistarnos con la persona que se encuentre acompañando a el/la adolescente, indicar algunos signos de alarma que permitan operar como llamado de atención, así como ciertas recomendaciones en torno al acompañamiento los y las adolescentes en situación de crisis suicida:

Signos de alarma

- » Manifestaciones de deseos de muerte o verbalizaciones respecto del deseo de “no estar más”, “dormir para siempre”, etc.

QUÉ HACER

ADOPTAR MEDIDAS DE SEGURIDAD:

Pregúntese hasta qué punto la persona está pensando en suicidarse. Si usted está claramente preocupado no deje sola a esa persona. Retire cualquier medio disponible para el suicidio, incluyendo armas, cuerdas, cinturones, medicinas, alcohol y otras drogas, incluyendo el acceso a cualquier vehículo.*

- » Expresión de ideas o plan suicida
- » Llantos aparentemente sin motivo
- » Rostros sin expresión
- » Sentimientos de culpa inapropiados o exagerados
- » No poseer amigos
- » Actitud y afectividad posterior al intento

Recomendaciones

- » No dejarlos solos en el período de mayor riesgo y presencia de la intención suicida.
- » Alejar de su alcance cualquier elemento que pueda ser utilizado para lograr su cometido (sean armas, cuchillos, sogas, medicamentos, ventanas en altura).
- » Evitar realizar juicios de valor o minimizar lo que les está ocurriendo.

* Protocolo de prevención y atención en la adolescencia, intento de autoeliminación. ASSE Salud. Uruguay. (2017)

ANEXOS

ANEXO 1 PLANILLA DE HOSPITALIZACIÓN

INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION

1. N° INFORME

2. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO		Código del Establecimiento	
Apellido y nombre del paciente		5. TIPO Y N° DE DOCUMENTO DNI/C.A.E:	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	4. EDAD AL INGRESO Años Meses Días Horas Minutos	6. TIPO Y N° DE DOCUMENTO DE LA MADRE (para menores de 1 año) DNI/C.A.E:	
7. RESIDENCIA HABITUAL (si reside en el exterior, indicar sólo país) Localidad		Departamento/Partido	8. SEXO Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
Provincia		País	
9. PERTENECE O ESTÁ ASOCIADO A Obra social 1 <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o 2 <input type="checkbox"/> Plan o Seguro público 3 <input type="checkbox"/> Más de uno 4 <input type="checkbox"/> Ninguno 5 <input type="checkbox"/>			
10. NIVEL DE INSTRUCCIÓN (último nivel de instrucción alcanzado; marcar una sola casilla) (para menores de 14 años consignar el nivel de instrucción del padre o de la madre)		11. SITUACIÓN LABORAL (para menores de 14 años consignar la situación laboral del padre o de la madre)	
<ul style="list-style-type: none"> Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> Sistema Educativo No Reformado <ul style="list-style-type: none"> Primario Incompleto 02 <input type="checkbox"/> Completo 03 <input type="checkbox"/> Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> Superior o Universitario (Incompleto) 06 <input type="checkbox"/> (Completo) 07 <input type="checkbox"/> 		<ul style="list-style-type: none"> Sistema Educativo Reformado <ul style="list-style-type: none"> Ciclo EGB (1ro. y 2do.) Incompleto 11 <input type="checkbox"/> Completo 12 <input type="checkbox"/> Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 	
12. OCUPACIÓN HABITUAL (para menores de 14 años consignar la ocupación habitual del padre o de la madre)			
13. FECHA DE INGRESO Día Mes Año	14. FECHA DE EGRESO Día Mes Año	15. TOTAL DÍAS DE ESTADA	16. TIPO DE EGRESO Alta médica 1 <input type="checkbox"/> Defunción 3 <input type="checkbox"/> Traslado a otro 2 <input type="checkbox"/> Retiro voluntario 4 <input type="checkbox"/> establecimiento Otro 5 <input type="checkbox"/>

17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación)	CODIGOS
18. OTROS DIAGNOSTICOS	
19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos)	
20. OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION (caso social o judicial)	21. DÍAS DE ESTADA POR OTRAS CIRCUNSTANCIAS
22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS	
Producido por Accidente 1 <input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/> Agresión 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	2. Lugar donde ocurrió Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/> Via pública 2 <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>
3. Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.	

DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO (Incluidos los del producto de la gestación)

23. FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO Día Mes Año	24. EDAD GESTACIONAL semanas	25. PARIDAD Total de nacimientos (vaginales o por cesárea), vivos o muertos, anteriores al presente.					
26. TIPO DE PARTO Simple 1 <input type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	CADA RENGLON CORRESPONDE A UN PRODUCTO DEL EVENTO OBSTETRICO ACTUAL						
	27. PESO AL NACER EN GRAMOS	28. CONDICIÓN AL NACER					
		29. TERMINACIÓN					
		30. SEXO					
	Nac. vivo 1	Def. fetal* 2	Vaginal 1	Cesárea 2	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						

* Incluye abortos.

Firma del médico interviniente

Aclaración

Información protegida por Ley 17. 622/68 Decreto 3 110/70.- SECRETO ESTADISTICO

ANEXO 2 PLANILLA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PARA EL/LOS PROFESIONALES DE URGENCIA

La presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo asociado al intento de suicidio/ autolesiones 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 de el/la adolescente o intento de suicidios o suicido de personas cercanas.
- » Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión de el/la adolescente o intento de suicidio de personas cercanas.
- » Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz)

Presencia de trastorno 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 auto agresión.
- » Síntomas maníacos
- » Síntomas graves de impulsividad.
- » Otro
- » 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 sociofamiliar de contención

ANEXO 3 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO¹⁵

1. Episodios de ansiedad graves o inabordables a la palabra.

La droga de elección debe ser la benzodiacepina de vida media-corta o media

a) Vía oral o sublingual: Droga de elección: lorazepam o Clonazepam. El Alprazolam no está indicado en primera línea, porque es una droga de mucha potencia y corta vida media, y puede producir mayor desinhibición y efecto rebote de los síntomas de ansiedad. Diazepam: no está indicado en primera instancia (porque tiene una vida media muy larga).

b) Vía IM: Clorazepam Diazepam: no está indicado por su absorción errática.

2. Episodios de excitación psicomotriz.
Se seguirán los lineamientos habituales.

Los fármacos de elección (tanto si se utiliza la Vía Oral o Vía IM) son: Benzodiacepinas.

Neurolepticos incisivos: antipsicóticos típicos o atípicos.

También se pueden utilizar los Antihistamínicos o los Neurolepticos sedativos.

Esquemas sugeridos para excitación psicomotriz (el esquema a utilizar en primera instancia dependerá del grado de excitación, de la presencia o no de síntomas psicóticos, y antecedentes de respuesta a los fármacos):

Benzodiacepina sola

Antipsicótico solo

Antipsicótico +Benzodiacepina

¹⁵. "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes", Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina 2018.-

INDICACIÓN	60/90 MINUTOS	60/90 MINUTOS *
Benzodiazepinas	Repetir dosis	Repetir dosis o pasar esquema 2 o 3
Antipsicóticos	Repetir dosis	Repetir dosis o pasar esquema 3
Antipsicóticos + Benzodiazepinas*	Repetir esquema	Repetir esquema o cambiar antipsicótico

Antipsicóticos

*En caso de utilizar la combinación de haloperidol con lorazepam por la vía IM, se debe tener la precaución de aplicar las dos drogas en jeringas separadas ya que ambas drogas precipitan al entrar en contacto Benzodiazepinas Antipsicóticos antipsicóticos + benzodiazepinas.

Si la excitación es leve o moderada sin síntomas psicóticos se sugiere utilizar en primera línea benzodiazepinas (lorazepam de preferencia), cuya dosis puede repetirse hasta tres veces. Si no se obtuviera resultado, o la excitación es grave o presenta síntomas psicóticos indicar antipsicóticos (haloperidol, Olanzapina, Risperidona, Quetiapina) o esquemas combinados (hay cierta evidencia que combinar un antipsicótico con benzodiazepina tendría mejores respuestas que el antipsicótico solo en crisis graves) Se debe tener especial recaudo al momento de implementar una terapéutica psicofarmacológica frente a la excitación psicotríz producida por un síndrome confusional (por intoxicación, causas metabólicas traumatismos etc). En este caso además del tratamiento etiológico del síndrome confusional, se recomienda el uso de antipsicóticos incisivos (haloperidol) o Risperidona evitando el uso de sedativos y benzodiazepinas que pueden aumentar el estado confusional del paciente.

3. Episodio alucinatorio y/o delirante:

En el caso que la tentativa de suicidio suceda en el marco de un episodio psicótico se recomiendan en primera instancia los antipsicóticos atípicos vía oral (si se dispone de ellos) por el mejor perfil de efectos adversos en relación a los típicos. Si se presenta además excitación psicotríz se utilizara en la urgencia los procedimientos recomendados en los ítems anteriores priorizando la utilización de antipsicóticos solos o combinados con benzodiazepinas (esquemas 2 y 3)

4. En caso de que el paciente presente una intoxicación aguda de sustancias (drogas o alcohol):

Se seguirán las recomendaciones farmacológicas para esos casos.

En todos los casos si se utilizo haloperidol se sugiere luego de resuelta la urgencia continuar el tratamiento/ seguimiento (a mediano y largo plazo) reemplazando por atípicos en dosis equivalentes: Risperidona, Olanzapina. o Quetiapina.

*. Estas indicaciones pueden sufrir modificaciones en función de nueva evidencia.

ANEXO 4. FICHA DE SEGUIMIENTO DE RIESGO

	Misiones PROVINCIA	Ministerio de Salud Pública		CAPS N° H. C. N°		
APELLIDO Y NOMBRE..... DNI N°.....						
DOMICIO: TELÉFONO:						
FRENTE	FECHA	EDAD	RIESGO	DIAGNÓSTICO	PRÓXIMO CONTROL	ASIST. CONTROL
			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ● ● ● </div>			
DORSO	FECHA	EDAD	RIESGO	DIAGNÓSTICO	PRÓXIMO CONTROL	ASIST. CONTROL
			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ● ● ● </div>			

ANEXO 5. ABORDAJE DE POSTVENCIÓN PROYECTO CORTOMETRAJE AUDIOVISUAL

Oswaldo Gabriel Silveira - Estudiante de la carrera de diseño gráfico digital - ITEC
y miembro del equipo de prevención de comportamientos autolesivos en adolescentes

El abordaje de la realización audiovisual comprende un período extendido de tiempo ya que consta de diferentes instancias donde los participantes irán expresando, informando e involucrándose en todos los ámbitos que la producción así lo requiera, desarrollando conocimientos e invitando al debate no sólo a los adolescentes, sino también incorporando a dos instituciones que influyen en su crecimiento: la familia y la escuela. Esto implica captar un grupo de pares dentro de una institución educativa, teniendo en cuenta un episodio cercano temporalmente de la problemática que abordaremos o, en su defecto, un espacio educativo elegido estratégicamente para trabajar la temática.

A partir de este punto, el trabajo se organiza en tres grandes líneas:

Sensibilización: Como primer paso, se abren espacios de conversación para que comunidad escolar pueda expresar las inquietudes, experiencias y diferencias de cada individuo, promoviendo el debate y la deconstrucción de ideas que afecten el desarrollo de los jóvenes. Teniendo esto en cuenta, se crean tres grupos:

- » Adolescentes: en este grupo se trabaja principalmente en el conocimiento de las diferencias dentro del mismo, de las ideas de los individuos que lo componen y de la comprensión integral de cada uno de ellos, promoviendo valores y derechos que los competen e impulsando a la generación de relaciones interpersonales saludables.
- » Equipo docente: aquí es importante debatir respecto a cómo toman ellos las relaciones con los alumnos y cómo los forman en todos sus espacios curriculares, apelando a la comunicación entre el equipo para el abordaje de la temática.
- » Padres: la convocatoria a reuniones eventuales con los grupos de padres de los alumnos tiene como objetivos informar la idea del proyecto e

invitarlos a participar de debates abiertos, para poder comprender los ámbitos familiares de los adolescentes, cuestionando integralmente su desarrollo en el seno familiar y en cómo impacta en el área educativa.

Capacitación: En esta etapa se desarrollan conocimientos en distintas temáticas, involucrando a los y las adolescente a conocer y comprender distintos temas y problemáticas que irán fortaleciendo no sólo el desarrollo del joven, también ayudarán a su inclusión dentro de la producción del material audiovisual aportando, así, su subjetividad y su postura respecto a la tratativa que estén analizando. Las capacitaciones pueden abarcar las siguientes temáticas:

- » Inteligencia emocional: se invita a un equipo de profesionales de la salud dedicado al abordaje de dicho tema, con el objetivo de impulsar a los jóvenes a poder generar empatía con sus pares.
- » Expresión corporal: se convoca a un grupo de teatro para que aporte en el fortalecimiento de los vínculos dentro del grupo de los y las adolescentes y también, formar a los jóvenes para que puedan generar un producto audiovisual teniendo conocimiento de las maneras en que se pueden expresar diferentes ideas.
- » Sexualidad: se dispone a los adolescentes en grupos para trabajar de manera dinámica las problemáticas vinculadas con este tema, incitando al debate, al conocimiento de leyes y derechos y, más precisamente, al planteo del joven en cómo vive esta etapa. Se pueden trabajar los siguientes contenidos: abuso, diversidad, educación sexual integral (ESI).
- » Discriminación: se trabaja con referentes de las instituciones que se encargan de la difusión de los derechos de las personas en todas sus edades, informando a el o la adolescente y llevándolos a la comprensión de cada uno de sus pares como sujetos de derecho y respeto.

» Suicidio: aquí la tarea es invitar al debate de todos los factores que influyen en la problemática. Para ello se invita a personas especializadas que puedan responder todas las inquietudes y también brindar contención e información al grupo.

» Registro: en un primer momento, el registro está a cargo de jóvenes estudiantes de producción audiovisual, que documentan la etapa de sensibilización. Como segunda instancia, se capacita a los adolescentes en distintos campos de la realización audiovisual, como fotografía, guión, registro de video y sonido. Con estas herramientas, los adolescentes estarán en cierto modo capacitados para producir una obra audiovisual en conjunto con sus pares y otros jóvenes ya formados en el campo.

Producción: En esta etapa los adolescentes son partícipes, impulsores y productores de ideas conjuntas, para luego volcarlas en una producción audiovisual, asesorados por sus pares más capacitados, generando así un contenido pensado por ellos y disponible para la comprensión de otros individuos de su entorno. El producto es un cortometraje de cualquier índole (ficción, drama, documental, etc.) en el que se representará la temática, dando indicios de que la problemática fue abordada y que los adolescentes llegaron a la comprensión de las ideas que lo competen y la manera en la que se formula contenido destinado por y para sus pares, pudiendo de alguna manera acceder a ser una persona capaz de comunicar y reconocer cuándo surgen conflictos dentro de su entorno, de difundir las maneras en que se pueden solucionar las mismas o, en su defecto, de identificar cuáles son los sectores o instituciones a las que puede acceder cuando algo intercede en su normal desarrollo dentro de los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. Para ello, deben aportar ideas, experiencias y opiniones

respecto a cómo se desenvuelven y de qué manera la información les parece más precisa. Como resultado de este planteo, la producción se divide en las siguientes etapas:

» Ideas: generar un debate y una puesta en escena de las ideas que sean viables para la comprensión y la producción de un producto audiovisual, poniendo en común referencias, pensamientos, comportamientos y contenidos que los adolescentes consideren que los estimula. Generar guiones, fotografías, pistas de audio que aludan a la temática, y verificar su viabilidad.

» Registro: comenzar a formular la documentación audiovisual de las ideas, involucrando a los adolescentes en el registro y conociendo referencias que hagan posible la comunicación y la decodificación de los lenguajes que se manejan en su entorno.

» Pre-Producción: desarrollar ideas más formadas en conjunto con los adolescentes, teniendo en cuenta la finalidad, donde se expresen situaciones que contengan el abordaje de la temática. Generar guiones que acompañen a las ideas, involucrando el lenguaje propio de la población adolescente y teniendo en cuenta la direccionalidad del mismo.

» Producción: poner en común las ideas junto con los guiones, para poder reconocer un producto viable donde se represente la temática. Aquí pueden variar las decisiones, ya que se puede abordar desde la ficción hasta el formato documental. Dar inicio al rodaje del futuro producto.

» Post-Producción: a cargo de los jóvenes involucrados con conocimientos de producción y diseño audiovisual.

» Verificación: verificar los contenidos producidos ante las autoridades que correspondan (Salud, Educación, Comunicación, entre otros), para su posterior difusión.

» Difusión: una vez verificado el producto en todos sus aspectos, se buscarán los medios de comunicación para difundirlo, teniendo en cuenta el público al que va dirigido y considerando los soportes y plataformas más utilizados y accesibles para dicha población.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA Y RECOMENDADA

- “Abordaje integral del suicidio en las adolescencias : lineamientos para equipos de salud”
Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría;
UNICEF. Argentina, 2021.-
- Mortalidad 2001- 2019 Población 1 a 19 años. Causas externas. Provincia de Misiones.
Dirección de Programación y planificación del Ministerios de Salud Pública de Misiones. 2020
- “Recomendaciones para equipos de salud en relación a situaciones de suicidio y autolesiones
en adolescentes y jóvenes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio”. Ministerio de
Salud de la Nación. Mayo de 2020.-
- “El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina”.
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mayo 2019, Buenos Aires, Argentina. -
- “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”,
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina 2018.-
- “El abordaje del suicidio en la adolescencia: perspectiva del subsector público de salud”.
Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, 2021.-
- “Informe Situación Adolescente 2016”, Sala de Situación, Dirección de Estadísticas, Ministerio
de Salud Pública de la Provincia de Misiones, 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. Washington, D.C. :
OPS; 2017. -
- “El Suicidio en la Adolescencia en la Argentina. Recomendaciones de política pública” Fondo de
las Naciones Unidas para la Infancia. Diciembre 2019, Buenos Aires, Argentina.
- “Protocolo de Atención en la Adolescencia. Intento de autoeliminación”. ASSE Salud. Uruguay.
2017.-
- “Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su
abordaje desde el campo de la educación”, Ministerio de Educación de la Nación, 2015.
- “Primera ayuda Psicológica, guía para trabajadores de campo”.OMS. 2012.-

