

*primero
la gente*



Recomendaciones para la atención de situaciones de intento y/o riesgo de suicidio **en el primer y segundo nivel de atención**



Ministerio de Salud
Argentina

Recomendaciones para la atención
de situaciones de intento y/o riesgo
de suicidio **en el primer y segundo
nivel de atención**

Consenso

AUTORIDADES

Presidente de la Nación | Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación | Carla Vizzotti

Jefa Unidad Gabinete de Asesores | Sonia Gabriela Tarragona

Secretaria de Calidad en Salud | Alejandro Federico Collia

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos | Edith Susana Benedetti

Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización | Claudio Antonio Ortiz

**Directora Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental
y Consumos Problemáticos** | Mariana Moreno

**Dirección Nacional de Calidad en Servicios
de Salud y Regulación Sanitaria** | María T. Ithurburu

Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio

Bárbara Alter, Martín Cagide, Luciana Chinchilla, Mariana Di Pace, Agustina Garate,
Ariadna Vázquez

Recomendaciones para la atención de situaciones de intento y/o riesgo de suicidio en primer y segundo nivel de atención

Coordinación General

Bárbara Alter

Coordinación Editorial

Mariana Di Pace, Martin Cagide

Elaboración de contenidos

Bárbara Alter, Martin Cagide, Luciana Chinchilla, Mariana Di Pace, Agustina Garate, Ariadna Vázquez.

Colaboraciones:

Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (ORN)

Dra. María Graciela Iglesias

Dirección de Adolescencias y Juventudes del Ministerio de Salud de la Nación (DIAJU)

Mg. José Eduardo González

Lic. María Elisa Padrones

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

Lic. Patricia Mansi

Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA)

Dr. Demián Rodante

Fundación FORO

Dr. Demián Rodante

Secretaría de Salud Mental y Adicciones - MSP Provincia de Salta

Programa GUIAF (Grupo Interdisciplinario de Abordaje Familiar en Episodio de Suicidio e Intentos de Suicidio)

Lic. Soledad Montoya

Dirección General de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Tucumán

Lic. Irma Thomas

Programa Provincial de Prevención del Suicidio de la Secretaria de Salud Mental de la Provincia de Córdoba

Lic. Santiago Misael Moreno Frías

Programa Provincial de Prevención de Suicidio, Ministerio de Salud Pública, San Juan.

Dra. Silvana Ortiz, Lic. Cecilia Turiz

Revisores externos:

Dra. Adriana Capuano, Mg. Daniel Korinfeld , Lic. Marcelo Rossi
Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCH)

Se agradece la contribución técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES

Las recomendaciones presentadas en el siguiente documento surgen de la aplicación de un consenso escogido por los autores y quedan bajo la órbita de su responsabilidad. “Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este procedimiento”

Indice

08	1. Consideraciones iniciales.
10	2. Aspectos legales de la atención de la conducta suicida.
12	3. Abordaje integral del intento de suicidio y/o riesgo de suicidio.
	3.1 Medidas iniciales de cuidado.
	3.2 Evaluación integral.
	3.3 Evaluación del riesgo.
	3.4 Abordaje y manejo.
	3.5 Algunas especificaciones sobre las estrategias terapéuticas.
22	ANEXO I: Factores de Riesgo y Factores de Protección.
27	ANEXO II: ¿Cómo preguntar por ideas suicidas y plan suicida?.
28	ANEXO III: Algunas consideraciones para población priorizada: adolescencias y juventudes; personas mayores.
37	ANEXO IV: Sistemas de Registro.
53	Bibliografía.

Recomendaciones para la atención de situaciones de intento y/o riesgo de suicidio en primer y segundo nivel de atención

El objetivo del presente documento es brindar lineamientos para que los equipos de salud, tanto del primer nivel como del segundo nivel de atención y de los servicios de emergencias, brinden atención oportuna, adecuada y de calidad en las situaciones de intento de suicidio o de riesgo de autolesión/suicidio, en el marco del respeto y del cumplimiento de los derechos de las personas y de acuerdo a las particularidades de la red local de servicios de salud.

Estas recomendaciones surgen de la revisión de los siguientes documentos anteriores y complementarios:

- Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012).

- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Módulo 4 - Capítulo 10 "Autolesión/Suicidio". Organización Panamericana de la Salud (2010).

1. Consideraciones iniciales

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “El acto deliberado de quitarse la vida”. No obstante, la problemática del suicidio abarca un espectro mayor de conductas y fenómenos, que incluye la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, además de la posible consumación del acto. Se considera intento de suicidio al comportamiento para el que existe evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte, actual y/o referido por la persona y/o referente u acompañante. La autolesión es un término más amplio que se refiere a la lesión autoinfligida o al envenenamiento intencionales que puede o no tener intención o resultado fatal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2023), el suicidio es la cuarta causa de muerte entre adolescentes y jóvenes (de 15 a 29 años) a nivel mundial, y la quinta entre adultos/as en la franja de 30 a 49 años. En los países de ingresos bajos y medianos, son los/as adultos/as jóvenes y las mujeres mayores quienes presentan las mayores tasas de mortalidad por suicidios.

En Argentina, entre los años 2018 y 2020, del total de muertes por suicidio (3.642), el 72% (n=2.646) correspondió a hombres, mientras que el 26% (n=964) fueron mujeres. En 32 eventos no fue registrado el sexo. En el análisis de las tasas por grupo etario se observa que el más afectado fue el de 20 a 24 años (365 personas), seguido del grupo de 25 a 29 años (352 personas). Respecto a los mecanismos mediante los cuales las personas consumaron el suicidio, se observa que el más frecuente fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, seguido por disparo de armas de fuego. Las regiones patagónica y noroeste son las que presentan las mayores tasas de incidencia.

Según datos del Programa Nacional de Control y Prevención de Lesiones SIVILE (2020), la distribución de casos de lesiones autoinfligidas según sexo y edad muestra que el grupo más afectado en ambos sexos fue el de 15 a 24 años.

Los datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) publicados en el anuario “Estadísticas Vitales-Información Básica” demuestran que, en el año 2021, se produjeron en Argentina 2.865 suicidios, correspondiendo el 80% a varones (n=2.280) y 20% a mujeres (n=570). Los grupos etarios más afectados en ambos sexos fueron los de adolescentes de 15 a 24 años.

Metodología

Para la elaboración de estas “Recomendaciones para la atención de situaciones de intento y/o riesgo de suicidio en el primer y segundo nivel de atención”, se llevó adelante un consenso de expertos/as conformado por asociaciones científicas, instituciones y organizaciones de salud mental. La metodología de trabajo estuvo definida por una ronda de consultas que consistió en el envío de un documento preliminar por correo electrónico, en forma personal a cada uno/a de los/as expertos/as. Este primer paso del proceso se llevó a cabo entre los meses de enero y mayo de 2023.

Las etapas siguientes estuvieron a cargo del equipo técnico del Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio, que se basaron en reformular y/o agregar los argumentos y aportes de los/as expertos/as participantes. En aquellos casos donde hubo desacuerdos los mismos se resolvieron por consenso. Luego de este proceso, y habiendo partido de la revisión bibliográfica existente al momento, se llegó al documento final.

Algunas premisas básicas respecto del abordaje del suicidio

En toda consulta de salud, es importante indagar acerca de la presencia de conductas suicidas (ideación, elaboración de un plan, intento de suicidio), ponderando el riesgo que cada una de las manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta. Para ello, desde un enfoque de cuidados, se sugiere implementar estrategias de escucha y diálogo, en un espacio que permita construir confianza. Es importante señalar que la presencia de ideas de suicidio no debe ser concebida en ningún caso como una enfermedad mental en sí misma.

Contrariamente a ciertas creencias de amplia difusión, **hablar del suicidio NO provoca actos de autolesión**. De hecho, poder dialogar sobre ello permite a quien está teniendo pensamientos suicidas compartir sus problemas y conflictos, lo que promueve que la persona pueda ser contenida y en muchos casos, se alivie en alguna medida el padecimiento psíquico. **El riesgo es justamente que estas ideas no se expresen ni sean compartidas con otros.**

Es importante remarcar que:

- El suicidio, en muchos casos, puede prevenirse.
- La mayoría de las personas que se suicidan dan señales previas sobre sus intenciones.
- La mayoría de las personas presenta ambivalencias en su intención de morir, es decir, tienen dudas respecto de llevar a cabo el acto o no.
- Las señales de mejoría después de una crisis no significan necesariamente que el riesgo de suicidio haya sido superado. Se necesita sostener el acompañamiento y seguimiento ya que la persona puede sentirse más activa, pero seguir presentando signos de fragilidad.
- Los pensamientos suicidas pueden regresar, pero no son permanentes y en algunas personas pueden no hacerlo jamás.

El presente documento se propone como una herramienta práctica para orientar a equipos de salud, en lo que respecta a la detección y abordaje de situaciones de riesgo de suicidio. En este sentido, el enfoque de riesgo tiene por finalidad ponderar la probabilidad de la ocurrencia de un evento. Sin embargo, en el marco de una perspectiva amplia, pensada en términos de vulnerabilidad, se considera a la problemática del suicidio como un fenómeno multicausal, emergente de un escenario social complejo, y que es atravesado de forma dinámica por diversos condicionantes.

2. Aspectos legales de la atención de la conducta suicida

Luego de un intento de suicidio toda persona tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente. El Código Penal no califica al intento de quitarse la vida como delito, por lo tanto, no se debe denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro por intento de suicidio.

En relación con la problemática de suicidio en sentido amplio, es sumamente necesario tener conocimiento a priori de los recursos con los que cuentan las instituciones de la comunidad del/la adolescente -centros de salud, organismo local de Promoción y Protección de Derechos de NNyA, escuela, entre otras-, para abordar la temática.

En el caso de tratarse del intento de suicidio de un niño, niña o adolescente, es obligatoria la comunicación -no denuncia- a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del/la niño/a que corresponda a nivel local, a los efectos de solicitar las medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes, conforme lo establece el art. 12 de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130, asegurando la confidencialidad de la información aportada por el/la niño, niña o adolescente (motivos, contexto, situación, etc.).

Si al momento de su ingreso, la persona portara un elemento potencialmente riesgoso para ella o para terceros, el/la profesional interviniente debe tomar los recaudos necesarios, siempre en vistas al debido cuidado, la accesibilidad y la seguridad en la prestación del servicio de salud, para preservar su seguridad y la de quién está consultando. Se podrá solicitar intervención de la fuerza pública si las medidas tomadas por el personal de salud no fueran suficientes y la gravedad de la situación así lo ameritara.

La detección de conductas autolesivas es siempre una urgencia por lo que su abordaje debe ser prioritario por sobre otras conductas o situaciones que pueda referir el/la consultante.

Esta situación puede darse en distintos espacios de atención, dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud. Se puede detectar la urgencia en una consulta de salud (de rutina, espontánea, interconsulta), a través de una línea telefónica de atención en crisis o en otros ámbitos comunitarios como escuelas y clubes. Las conductas autolesivas pueden ser manifestadas por la persona o por terceros, o inferidas por el/la profesional o equipo de salud.

En consonancia con la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley N° 27.130)¹, los efectores de salud deben ofrecer para la atención de la conducta suicida un abordaje interdisciplinario conformado en los términos de la Ley N° 26.657 de Salud Mental, asegurando el acompañamiento de la persona durante todas las etapas del proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social y promoviendo la integración de los equipos de asistencia con miembros de su entorno afectivo y comunidad de pertenencia, por el plazo que aconseje el equipo tratante.

¹<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>

Si el estado de conciencia de la persona lo permite, deberá obtenerse el consentimiento informado y suministrar información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados (Ley N° 26.529, arts. 2 inc. e), 6; Ley N° 26.657, art. 10). También es necesario asegurar la confidencialidad de la información médica referida a la persona e implementar todas las estrategias necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento.

Responsabilidades de las y los profesionales frente a la conducta suicida

A pesar de que en el abordaje de la problemática del suicidio no hay ningún método que garantice una eficacia absoluta, sí existen diversas intervenciones que mejoran las probabilidades de sobrevivida. Es por ello que las y los profesionales tienen la responsabilidad de adecuar las prácticas posibles ante la particularidad y la complejidad de cada situación, y no de asegurar cuáles serán los resultados.

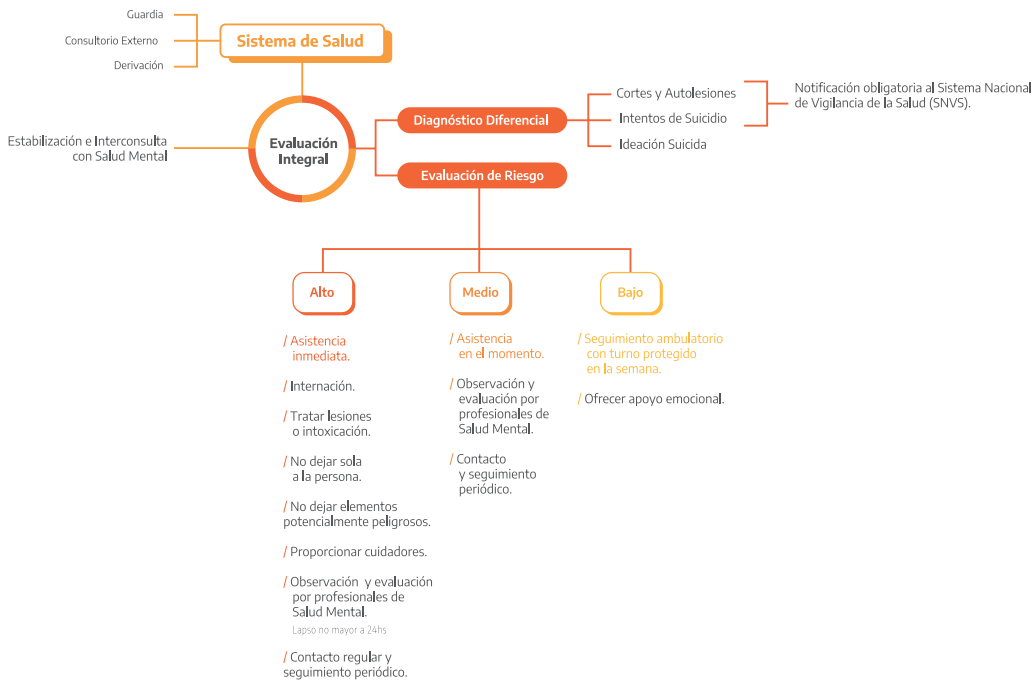
Asimismo, es importante destacar que cualquier profesional de la salud que tome conocimiento de un caso de autolesión o intento de suicidio y que intervenga en él, debe asegurarse de cumplir con la evaluación interdisciplinaria y hacer constar en la historia clínica y/o ficha de guardia todos los procedimientos e interconsultas llevadas a cabo, según corresponda.

Respecto a la historia clínica, es importante que se registren en ella los aspectos centrales de la evaluación tales como la calificación del riesgo, la fundamentación para esa categorización, incluyendo características y frecuencia de los pensamientos suicidas; las acciones llevadas a cabo para manejar el riesgo y futuros pasos a tomar. Es necesario que esta información esté disponible para cualquier profesional que en un futuro deba realizar una valoración del paciente en cuestión para poder emplear los cuidados y estrategias oportunas.

La historia clínica y el acceso a ella también son un derecho del/la paciente, establecido por el Art. 7 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, donde consten los datos recabados sobre sus antecedentes y prácticas realizadas.

Por otra parte, los/as profesionales responsables de la atención y diagnóstico de los/as pacientes o, en su defecto, las autoridades de los establecimientos públicos y privados como así también las autoridades sanitarias jurisdiccionales y municipales, están obligados/as a notificar al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y el Sistema de Información, todo evento de intento de suicidio con o sin desenlace mortal. En el caso de delegar el procedimiento de notificación en terceras personas es exclusiva responsabilidad del/la profesional obligado, el verificar que las personas, designadas para la notificación hayan cumplido en tiempo y forma con el registro y notificación de los casos.

3. Abordaje integral del intento de suicidio y/o riesgo inminente de suicidio



3.1 Medidas iniciales de cuidado

El abordaje de la conducta suicida debe favorecer siempre una atención en el marco del respeto y del cumplimiento de los derechos de las personas, en un ambiente de privacidad e intimidad, disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza.

Se sugiere que el o la profesional se presente, establezca una comunicación con la persona y sus referentes -en caso que hubiera-, generando la confianza necesaria para poder realizar la evaluación y preguntar acerca del acto de autolesión o intoxicación si lo hubiera.

Algunas recomendaciones son:

- Evitar la atención en pisos altos sin protección.
- Escuchar, mantener la calma y validar las emociones de la persona que consulta.
- Tratar a la persona con respeto, preservando su privacidad y no desestimando los relatos.
- Tener en cuenta que el lenguaje no verbal es de igual importancia que el verbal.

- Preguntar claramente a la persona si tiene ideas suicidas es la mejor forma de detectarlas de manera temprana. Cuando se pregunte a la persona acerca del suicidio, la pregunta se debe hacer en conexión con un punto anterior que tenga relación con este problema.
- Ser sensible a la angustia emocional. La vergüenza y la culpa son las dos emociones que más se vinculan con la conducta suicida, motivo por el cual se recomienda no emitir juicios de valor o infravalorar el problema que llevó a la idea suicida. Identificar referentes vinculares que puedan resultar pertinentes para la contención y acompañamiento y validarlos con la persona que consulta. Incluirlos en la evaluación y tratamiento si la persona acepta.

Asimismo, se sugiere que:

- La persona no debe permanecer en ningún momento sola: debe permanecer acompañada por un referente afectivo o por personal sanitario.
- No dejar al alcance elementos potencialmente peligrosos.
- En el caso de ser necesaria una derivación, la misma debe efectuarse según lo estipulado en el Art. 30 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Ley N° 26.657

ARTÍCULO 30. - Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

3.2 Evaluación integral

Se sugiere incluir un examen físico completo, evaluación de síntomas psíquicos y evaluación de riesgo en el marco de una evaluación integral.

Es importante destacar que los mismos parámetros que se utilizan para realizar la evaluación situacional en casos de intento de suicidio pueden resultar de utilidad para establecer el diagnóstico diferencial entre estas manifestaciones específicas, y delinear las estrategias terapéuticas acordes a cada caso. (Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud - Ministerio de Salud de la Nación 2021).

Desde un marco multidimensional, existen distintas definiciones disimiles entre sí y que son utilizadas en el abordaje de la problemática del suicidio. Compartimos a continuación, terminología básica y relevante que consideramos utilizada en la práctica, sin especificar todas las definiciones discutidas en la literatura.

CORTES Y AUTOLESIONES	IDEAS DE MUERTE	IDEACIÓN SUICIDA
<ul style="list-style-type: none">- No necesariamente implica un riesgo suicida.- Pueden aparecer sin intención ni conciencia de suicidio.	<ul style="list-style-type: none">- No confundir con ideación suicida.- Puede ser frecuente en la adolescencia.	<ul style="list-style-type: none">- Son los pensamientos acerca de intencionalidad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

a) Evaluación física completa

Sea cual fuere el motivo de consulta, se sugiere llevar a cabo una evaluación física completa. Por ejemplo, si consulta por cortes superficiales, se debe igualmente investigar la presencia de tóxicos; si consulta por intoxicación con psicofármacos, se deben buscar lesiones ocultas. Es necesario incluir la evaluación de signos vitales, la realización de un examen físico completo donde se busque la existencia de lesiones físicas no observables a primera vista.

Debe evaluarse en primera instancia si la persona ha intentado un acto clínicamente grave de autolesión o suicidio. Para ello, es necesario visualizar evidencias de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente:

- Signos de intoxicación o envenenamiento
- Sangrado de una herida autoinfligida
- Pérdida de conciencia
- Letargo extremo

Estos signos/síntomas requieren tratamiento médico urgente, por lo tanto, en estas situaciones de emergencia la evaluación y el manejo -estabilización- ocurren simultáneamente. (Ver apartado 3.4).

b) Evaluación psicológica

Evaluar el estado de pensamiento de la persona es indispensable para la toma de decisiones en la asistencia inmediata de conductas autolesivas. Se sugiere evaluar el estado de conciencia, el grado de orientación, el estado cognitivo global, el estado motriz, el aspecto físico, su actitud, el lenguaje, el curso y contenido del pensamiento, si hay alteraciones de la sensoropercepción, del sueño o de la afectividad.

c) Diagnóstico diferencial

Los cuadros de intoxicación por abuso de sustancias pueden coexistir y requerir tratamiento específico. Se recomienda diferenciar clínicamente el diagnóstico tanto con estas situaciones como con la intoxicación de medicamentos u otros cuadros de diversas causas y/o cuadros de padecimiento mental previo. Si en la evaluación se detecta algún padecimiento mental crónico previo es necesario abordarlo de acuerdo a su especificidad.

En el caso de presencia de autolesiones, resulta imperioso distinguir la conducta de autolesión sin intencionalidad suicida de la conducta de autolesión con intencionalidad suicida, ya que no siempre se trata de una problemática vinculada al suicidio y pueden tener un abordaje diferencial. Estas situaciones son más frecuentes en los/as adolescentes, no obstante, la clínica diferencial es necesaria en todos los casos. La diferencia entre la autolesión no suicida y la conducta suicida se basa en que el objetivo del comportamiento referido sea, o bien experimentar un alivio al sufrimiento como tal, o bien un deseo de morir.

3.3 Evaluación del riesgo

En las situaciones en que la persona ha realizado algún intento de suicidio o presenta algunos de los signos y síntomas que se explicitan a continuación, se sugiere realizar una evaluación de riesgo de suicidio:

- Alteraciones emocionales graves.
- Agitación extrema o violencia.
- Desesperanza.
- Conducta poco comunicativa.
- Aislamiento social.

Se sugiere prestar especial atención y tomar medidas de cuidado necesarias frente a la persona que presente:

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

En las situaciones donde la persona presenta alguno de los mencionados signos o síntomas, pero no hay un acto médicamente grave de autolesión -o sí lo hubo, pero la persona fue estabilizada-, se recomienda avanzar en la evaluación de riesgo inminente de autolesión/suicidio. Para ello, se debe preguntar a la persona acerca de:

- Pensamientos o planes actuales para cometer suicidio o autolesión.
- Historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año.
- Acceso a métodos de autolesión.

Si se detecta alguno de estos factores detallados, la persona se encuentra en una situación de riesgo cierto o inminente de autolesión/suicidio que requiere abordaje. En estas situaciones, la evaluación de riesgo inminente debe ser complementada en forma interdisciplinaria con la participación de al menos dos profesionales de la salud, uno/a de los cuales debe ser psicólogo/a o médico/a psiquiatra², en un lapso no mayor a 24hs.

Ante la presencia de riesgo cierto e inminente de autolesión/suicidio, la persona en riesgo debe ser ingresada a la institución y quedar en observación hasta que la evaluación interdisciplinaria se realice y se determine el tratamiento, en los márgenes de la ley de Salud Mental N° 26.657 artículo 15.

En el apartado 3.4 se detalla el manejo específico a realizar en estas situaciones.

Si no se detectan estos signos y factores, pero existen antecedentes de pensamientos o plan de autolesión en el último mes o de un acto de autolesión en el último año, no existiría un riesgo inminente de autolesión/suicidio, pero puede persistir cierto riesgo potencial que es necesario abordar de forma ambulatoria.

² Ley 26.657 de Salud Mental (Art. 9)

Otros factores de riesgo asociados al suicidio son: factores psicopatológicos; momento del ciclo vital; cuestiones biológicas como edad, comorbilidades o enfermedades preexistentes; factores socio-familiares-laborales (ver Anexo I).

3.4 Abordaje y manejo

Si existe un acto grave de autolesión o un riesgo inminente de suicidio se recomienda:

- Tratamiento habitual de los síntomas físicos y/o lesiones si las hubiera.
- Tratamiento de los síntomas psíquicos que se presenten en la urgencia, priorizando la intervención verbal. Hacer uso de intervención farmacológica y/o contención física sólo en caso de ser necesario.
- La persona no debe quedarse sola en ningún momento y debe permanecer en un entorno seguro y tranquilo del establecimiento de salud.
- Identificar en el entorno acompañante la presencia de algún referente afectivo que pudiere resultar tranquilizador y colaborar durante el proceso de atención. Es importante destacar que la identificación del referente debe ser realizada en forma colaborativa con quien consulta.
- Asignar a un referente afectivo o personal de salud para que garantice la seguridad de la persona en todo momento.
- Es necesario eliminar posibles medios de autolesión/suicidio.

En el caso de ser posible, utilizar medicamentos que sean menos peligrosos en caso de sobredosis y dar recetas para períodos cortos de tiempo.

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

Brindar apoyo psicosocial es clave. Ofrecer la oportunidad de hablar, preferentemente en un espacio privado; preguntar sobre los estresores psicosociales actuales y enfocar en las capacidades de la persona, en cómo resolvió en otras ocasiones los problemas. También se pueden explorar las razones y las formas para seguir viviendo. Entre los estresores es necesario identificar si hay alguna situación de maltrato o violencia, abuso, negligencia o acoso. Si bien es importante que la familia y/o referente afectivo pueda acompañar a la persona, se debe prestar especial atención a entornos familiares generadores (por acción u omisión) de un marco de mayor violencia, especialmente en el caso de niñeces y adolescencias, que requieran una estrategia terapéutica específica.

Indagar sobre las características de la red socio afectiva de la persona durante la evaluación integral es imprescindible para considerar la inclusión tanto de la familia como de otros referentes del entorno y es, a su vez, parte de la estrategia terapéutica, teniendo en cuenta la posibilidad que en algunas situaciones sea incluso el entorno más cercano el que genere una conducta de este tenor. Es frecuente que el intento de suicidio sea expresión de un malestar o sufrimiento en el ámbito de los vínculos afectivos cercanos, por lo tanto, de no trabajar terapéuticamente la situación con los integrantes de ese entorno, se corre el riesgo de que se perpetúen las conductas.

Se recomienda ofrecer apoyo psicosocial a los/as acompañantes/cuidadores/as, orientar e informar acerca de la situación, explicar las medidas de protección y cuidado: retirar elementos peligrosos, prestar atención a los primeros meses luego del intento, continuar con el tratamiento en Salud Mental y las redes de apoyo, explicar que hablar del suicidio frecuentemente reduce la ansiedad, entre otras.

3.5 Algunas especificaciones sobre las estrategias terapéuticas

Se pueden distinguir estrategias terapéuticas inmediatas y estrategias terapéuticas a mediano plazo. Las primeras estrategias son realizadas por el equipo de salud que recibe y evalúa la situación. Las segundas, corresponden al equipo o profesional que haga el seguimiento y la continuidad de cuidados.

a) Estrategias terapéuticas inmediatas:

En las situaciones de riesgo inminente, se recomienda la internación o permanencia en guardia (o sala del establecimiento polivalente para observación), donde la evaluación por el equipo de Salud Mental (psicólogo/a y/o médico/a psiquiatra) no debe realizarse en un lapso mayor a 24hs. Esta internación está sujeta a revisión en función de la evolución del cuadro que requirió la intervención. En caso de necesitar una derivación, si no se pueden garantizar las condiciones de cuidado en la institución, debe realizarse en otro establecimiento polivalente para internación, priorizando la cercanía geográfica y no indicando derivación a una institución monovalente de Salud Mental.

En las situaciones que no se evalúa un riesgo inminente, o que el mismo ya fue revertido, se sugiere el alta de internación y tratamiento ambulatorio de Salud Mental.

La presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo, asociado al intento de suicidio/autolesión, configura una situación de riesgo inminente, requiriendo la interconsulta y evaluación interdisciplinaria con un profesional de Salud Mental:

- Conducta autolesiva grave y/o método de alta letalidad.
- Conducta autolesiva realizada con alto grado de impulsividad y/o planificación.
- Persistencia de la ideación suicida y/o autolesiva.
- Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión, o intento de suicidio de personas cercanas.
- Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz).
- Presencia de padecimiento mental.
- Ideas de desesperanza y/o otros síntomas depresivos. Alteraciones de la senso-percepción y/o ideación delirante relacionadas con la auto agresión. Síntomas maníacos. Síntomas graves de impulsividad. Presentación de episodios 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.).

- De la misma manera, es importante considerar una reactivación postraumática en la actualidad de situaciones traumáticas previas.
- Enfermedad grave, crónica y/o de mal pronóstico.
- Ausencia de red socio-familiar de contención.

En esta evaluación interdisciplinaria, se realiza una evaluación de la situación global y la existencia de riesgo, se profundiza en aspectos del funcionamiento psíquico y en el efecto que ha producido la permanencia de la persona en observación. Se consideran las modificaciones que pudieron o no haberse producido en ese breve lapso, teniendo en cuenta:

- Cambio de actitud o persistencia de conducta en relación al hecho.
- Disminución de síntomas psíquicos relevados en la urgencia.
- Respuesta al tratamiento farmacológico, si fue indicado.
- Contexto familiar que haya podido funcionar como continente.
- Existencia de una red familiar y/o social ampliada que se haya conformado.

Luego de realizar la evaluación específica, el equipo interdisciplinario determinará la persistencia, agravamiento o disminución del riesgo y diseñará una nueva estrategia de seguimiento inmediato y a corto plazo. En los casos de mayor gravedad no es esperable que la situación de riesgo se modifique en ese corto tiempo, con frecuencia, la intervención del equipo de salud funciona como ordenadora tanto para la persona como para su familia.

Si existen dudas acerca de los resultados de la evaluación realizada, se sugiere que la persona permanezca internada un lapso breve a determinar por el equipo profesional interviniente y según las posibilidades de cada caso. Se realizará luego una nueva evaluación que podrá ayudar a ratificar o rectificar alguno de los factores antes mencionados, o incluso constatar alguna modificación que pudiere haberse producido, luego de la cual se decidirá la estrategia a seguir. Estas evaluaciones de riesgo y diseño de nuevas estrategias inmediatas deben realizarse con una frecuencia breve entre sí, mientras que la persona siga internada. Se podrá considerar la posibilidad de alta institucional con indicación de tratamiento ambulatorio y seguimiento por el equipo de Salud Mental cuando se verifiquen todos o algunos de los siguientes ítems:

- La acción autolesiva es de bajo grado de agresión.
- Ideación de poca consistencia.
- El contexto afectivo se evalúa como medianamente continente y los referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado.
- Se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento.
- Puede garantizarse el acompañamiento/seguimiento.

b) Estrategias terapéuticas de mediano plazo:

En cuanto a las estrategias terapéuticas a mediano plazo, se sugiere planificar el seguimiento y tratamiento ambulatorio incluyendo:

- Tratamiento terapéutico individual.
- Control de Salud Mental periódico y farmacológico si lo hubiere.

- Entrevistas periódicas con referentes familiares y/o convivientes para la evaluación de la evolución de los síntomas presentes, en el caso de ser un adolescente, con los adultos responsables.
- Entrevistas con el núcleo familiar ya sea vinculares de todo el grupo familiar, con o sin inclusión de la persona, etc.
- Seguimiento durante un plazo mínimo de 6 (seis) meses, debido al riesgo más inmediato de nuevos intentos.
- Apoyo psicosocial.

En relación a la indicación de evaluación de Salud Mental y eventual control farmacológico por especialista, es necesario realizar evaluación y seguimiento interdisciplinario. Siendo que es importante garantizar la accesibilidad a tratamientos, el efector debe disponer de turnos protegidos para la atención de urgencias, crisis y/o persona con riesgo suicida, según criterios característicos.

Al momento del alta y la planificación de seguimiento:

- Apuntar a fortalecer los factores protectores, tanto en el propio sujeto como en su entorno.
- Incluir el acompañamiento a referentes afectivos especificando si el mismo es formal o informal. Diferenciar tratamiento y/o acompañamiento.
- La asignación de turnos para tratamiento ambulatorio debe especificar la fecha, hora del turno y nombre del profesional. Además, debe clarificar donde se realiza dicho tratamiento ambulatorio, quien otorga el turno y con que periodicidad se pretende la asistencia.
- En el caso de niños, niñas y/o adolescentes, considerar conexiones y estrategias conjuntas con referentes y ámbitos de inserción (instituciones escolares, religiosas, clubes, etc) con el fin de generar una red de cuidado y sostén afectivo y de fortalecer los lazos vinculares y comunitarios.
- Todo seguimiento debe registrar su proceso y consignar las acciones, área a cargo, profesionales y/o equipos intervinientes.

Entender la noción de crisis como etapa de la vida por la que todo ser humano transita, la rehabilitación ligada a la cotidianeidad de las personas y la comunidad como nivel de intervención de mayor complejidad e importancia para la Salud Mental.

Una herramienta útil para la prevención es realizar el denominado Plan de Seguridad, el cual puede ser utilizado por las personas en el caso de que presenten ideas suicidas o conductas suicidas en el futuro. La lógica de esta intervención es que las crisis suicidas suelen ser limitadas en el tiempo y consisten en un periodo de deseos e impulsos suicidas que luego disminuyen. Por este motivo es importante contar con un conjunto de estrategias que permitan sobrevivir en estas situaciones, lo cual permitiría continuar trabajando en objetivos a mediano y largo plazo. El objetivo de la planificación de seguridad es reducir el riesgo inminente de comportamiento suicida mediante la construcción de un conjunto predeterminado de estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo en un plan.

El Plan de Seguridad ofrece una guía para el manejo de las crisis. Realizado por el/la profesional, debería incluir: a) reconocimiento de señales de alerta, describiendo los signos que preceden a un posible intento de suicidio, b) estrategias de afrontamiento, donde se explica a las personas lo que pueden hacer para detener la ideación suicida, c) estrategias para la distracción y soporte, que enumera una lista de posibles actividades que la persona puede hacer para evitar las conductas suicidas, d) contactos sociales, que incluye una lista de contactos sociales (familiares y amigos/as) que puedan servir de soporte si las ideas de suicidio se mantienen, e) contactos profesionales, compuesta por una lista de profesionales capacitados con los que puede contactar para solicitar ayuda, f) limitación de medios, que aborda la forma de reducir la disponibilidad de medios letales.

1 Establecer una lista de señales personales de alerta.

2 Utilizar estrategias de afrontamiento propias.

3 Recurrir a personas del entorno para distraerse.

4 Lista de personas a las que pedir ayuda en crisis.

5 Lista de recursos sanitarios y lugares donde recurrir en crisis.

6 Limitar acceso a medios letales.

Por último, es importante destacar que el seguimiento telefónico de la derivación a una evaluación o tratamiento por Salud Mental salva vidas. Diversos estudios afirman que el seguimiento posterior al alta mediante un contacto telefónico puede ser una intervención eficaz para la prevención del suicidio. Si se implementa, puede reducir la conducta suicida y mejorar el compromiso con el tratamiento de salud, particularmente durante los períodos de alto riesgo posteriores al alta del servicio de urgencias. Asimismo, esta estrategia puede ayudar a disminuir el riesgo de suicidio a largo plazo.

Consideraciones Finales

Aunque muchos estudios muestran la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales asociados a las conductas de riesgo suicida, no se puede derivar de ello que estas situaciones son atravesadas exclusivamente por personas que padecen enfermedades mentales. Son muchos los factores que se asocian, como por ejemplo las condiciones económicas, el rendimiento escolar, las interacciones y relaciones con el contexto, las relaciones de pareja, el abuso sexual, el abandono, el desempleo, la violencia, la falta de oportunidades, un menor apoyo social percibido, eventos adversos o la condición de futuro profesional, entre otros. Pero también es importante tener en cuenta que, en los/as adolescentes, puede haber conductas autolesivas no suicidas, ideas autolíticas, tentativas de suicidio y suicidio consumado; por ello, se recomienda explorar la intencionalidad, si hay realmente ganas de “desaparecer” o son formas de intentar aliviar un sufrimiento intenso sin finalidad real suicida.

La mayoría de los estudios sobre el fenómeno son de corte epidemiológico, mostrando las frecuencias de las acciones, las ideaciones suicidas y de los factores de riesgo o factores que se asocian. Se hace necesario avanzar hacia su conocimiento con una mirada social dado que analizar la subjetividad, las interacciones, los vínculos y los roles particulares de las personas y sus entornos puede dar un panorama diferente que lleve a repensar el fenómeno con miras a una intervención adecuada, que oriente hacia una apuesta por la vida.

Un alto porcentaje de suicidios es prevenible, para ello se requiere de una estrategia de prevención con un enfoque integral multisectorial, siendo la escucha y el apoyo social en todos los niveles determinantes en la prevención. La reducción del estigma, la sensibilización y concientización en la comunidad son claves, así como también la capacitación al personal de salud para detectar en forma precoz a la población en riesgo.

Anexo I - Factores de riesgo y factores de protección

Factores de riesgo.

El abordaje de las conductas suicidas implica a su vez identificar los factores de riesgo y de protección. Los factores de riesgo suicida son los factores predisponentes que pueden desencadenar un acto suicida. Atenuar los factores de riesgo para reducir los medios de suicidio y potenciar los factores de protección para fomentar la resiliencia, pueden reducir de manera eficaz los índices de suicidio. (OMS, 2022)

Desde un enfoque explicativo que vincule los niveles de determinantes y proponga secuencias de causación, la edad puede considerarse un factor de riesgo en su interjuego con otros factores. De esta forma se construye un modelo complejo y dinámico del fenómeno que enriquece

el valor de los factores de riesgo propuestos y reconoce aquellos sectores de la población con mayor susceptibilidad frente al mismo.

a) Letalidad del método

Está determinada por la peligrosidad para la integridad física en sí misma. También por la percepción que la persona tenga de ella (no siempre coincide con la letalidad real).

Letalidad alta: Ahorcamiento. Armas de fuego. Arrollamiento (automóviles, tren). Lanzamiento desde altura. Intoxicaciones con gas. Electrocutión. Intoxicación por elementos altamente tóxicos, aún en pequeña cantidad (veneno, soda cáustica, medicación, etc.). Intoxicación por elementos de baja toxicidad, pero cuya letalidad está dada por la cantidad y/o modalidad de ingestión (medicamentos en gran cantidad). Heridas cortantes profundas o en gran cantidad.

Letalidad Moderada y baja: Ingesta de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad (tóxico en pequeñas cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona). Cortes leves, escasos y superficiales. Cualquier otra conducta de autoagresión de características tales que no hubieren podido ocasionar daño clínico severo.

El método utilizado siempre deberá ser considerado en el contexto de la existencia de plan autoagresivo y del grado de impulsividad. Los métodos de muy alta letalidad como armas de fuego o ahorcamiento, por ejemplo, son factores de altísimo riesgo independientemente de la existencia de un plan, del motivo desencadenante, y de la manifestación o negación de intención suicida. Según la OMS (2023) la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en el mundo. En el caso específico de la ingesta de tóxicos y medicamentos debe ser evaluado en su contexto, por ejemplo, la ingesta de medicamentos con bajo nivel de toxicidad, pero en gran cantidad y habiendo hecho acopio en un cierto lapso. (Lineamientos para la Atención del intento de Suicidio en Adolescentes, 2012).

Existen numerosos instrumentos para la detección del riesgo suicida y para evaluar el grado de letalidad. La escala Columbia (C-SSRS) que se muestra a continuación, debe ser usada por personas que hayan sido capacitadas para administrarla. Las preguntas de la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) son pruebas sugeridas. En última instancia, la determinación de la presencia de ideación suicida o comportamiento suicida, depende del criterio de la persona que administra la escala.

Fecha del
intento más
letal:

Grado de letalidad y lesiones

0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p.ej, rasguños superficiales).

1. Daño físico menor (p.ej, habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esginces).

2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p.ej, está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante).

3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización médica y probable cuidado intensivo (p.ej, está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).

4. Daño físico grave: necesita hospitalización médica con cuidado intensivo (p.ej, está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).

5. Muerte.

Ingrese
código

Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0

Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tienen gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arollara).

0= Comportamiento con poca probabilidad de lesiones.

1= Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte.

2= Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible.

Ingrese
código

Imagen seleccionada y elaborada en base a COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS).

b) Planificación del acto

Existencia de un plan minucioso.

Escribir notas o cartas que no pudieran ser encontradas fácilmente.

Existencia de un plan reiterado en el tiempo.

Circunstancias en la que se concretó el plan.

Estaba solo/a cuando ejecutó el plan y/o no avisó a nadie luego.

Lo llevó a cabo en circunstancias que hacían difícil la interrupción y/o el rescate.

Procuró el tóxico o el elemento riesgoso y lo guardó un tiempo hasta ejecutar el plan.

c) Grado de impulsividad

El acto se realizó sin la posibilidad de reflexión, con frecuencia en un contexto de conducta disruptiva y/o violenta y de manera tan abrupta que hace imposible o dificulta su interrupción por otros.

La impulsividad es considerada en sí misma un factor de riesgo, ya sea que la acción tenga evidente y manifiesta intencionalidad suicida, o por estar conducida a aliviar tensiones psíquicas intolerables para el sujeto.

d) Actitud y afecto posterior al intento

No procura asistencia.

Trata de impedir o dificultar su rescate.

No manifiesta arrepentimiento o alivio por haber “fallado”, sino irritabilidad por haber sido asistido/a o “interrumpido/a”.

Se muestra indiferente o con poca conciencia del riesgo al que se expuso.

e) Estado psíquico al momento de la consulta

Obnubilación o confusión (considera no poder dar cuenta de lo acontecido).

Excitación psicomotriz, agresividad.

Expresión manifiesta de planes autoagresivos.

Ideación implícita de autolesión, de muerte y/o suicida.

Desesperanza, baja autoestima, desinterés generalizado, tristeza.

Incapacidad manifiesta o inferible para el manejo de sus afectos.

Aislamiento y dificultad severa para vincularse afectivamente.

Otros síntomas psíquicos tales como: desinhibición, alucinaciones injuriosas, ideas delirantes de auto referencia, grandiosidad o místicas de sacrificio, insomnio, impulsividad.

f) Presencia de ciertas situaciones

Intoxicación o consumo agudo de sustancias: alcohol o drogas.

Acción autolesiva repetida. Intentos previos.

Presencia de trastorno mental previo: depresión, manía, hipomanía, impulsividad.

Esquizofrenia.

Antecedentes de tratamientos de Salud Mental.

Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal.

Padecimientos clínicos graves y/o crónicos tales como diabetes, HIV, patología oncológica, enfermedades sistémicas, autoinmunes, neurodegenerativas, etc.

Existencia de un evento estresante desencadenante del acto o ideación autolesiva.

Muerte o enfermedad grave recientemente diagnosticada a un familiar, referente o amigo/a.

Abuso sexual y/o maltrato reciente.

Aborto reciente o embarazo no intencional.
Conflictos intra familiares graves, separaciones y otros.
Conflictos con pares, rupturas sentimentales.
Dificultades y/o fracasos recientes en el ámbito escolar.

g) Contexto socio familiar

Facilitación o inducción explícita/implícita por parte del/la adulto/a.
Actitud desinteresada o negligente del/la adulto/a frente al hecho: minimizar el riesgo, no consultar rápidamente, considerar que está fingiendo o simplemente llamando la atención, etc.
Historia familiar de suicidios consumados o intentos.
Historia familiar de trastorno mental.
Historia de violencia intrafamiliar.
Historia familiar de abuso sexual y maltrato.
Existencia de patología grave, crónica o terminal en alguno de los miembros.
Red familiar actual insuficiente o poco continente.
Aislamiento: inexistencia o insuficiencia de red social de pares.
Ámbito escolar incontinente o pérdida de escolaridad.
Acoso escolar (bullying) o ciberacoso.
Antecedentes de intentos o suicidio en grupo de pares.
Autoagresión como modalidad habitual en grupo de pares (tanto como víctima o victimario).
Pertenencia a un sistema de creencias personales y/o familiares, o sociales, que exalten la muerte.
Situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Factores de protección.

Es imprescindible evaluar y fortalecer los recursos, capacidades y potencialidades de la persona y su entorno.

a) Patrones familiares y afectivos

Buena relación con los miembros de la familia y entornos afectivos.
Apoyo de la familia y entornos afectivos.

b) Estilo cognitivo y personalidad

Buenas habilidades sociales.
Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades.

c) Factores culturales y sociodemográficos

Integración social (participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades).
Buenas relaciones con pares y adultos/as referentes.
Apoyo de personas relevantes (maestros/as, etc.).

ANEXO II

Cómo preguntar por ideas suicidas, y plan suicida

Siempre es importante preguntar por intentos previos, cuáles han sido los métodos utilizados con anterioridad y si fueron interrumpidos por la propia persona o por un tercero. En la adolescencia, por ejemplo, un factor de riesgo recurrente es la impulsividad y ésta debe evaluarse.

¿Has tenido pensamientos o ideas de muerte?

¿A qué te refieres cuando dices que estarías mejor si estuvieses muerto/a?

¿Alguna vez habías pensado en hacerte daño?

¿Qué pasa por tu mente cuando dices que quieres acabar con tu vida?

¿Desde hace cuánto tienes estas ideas de morir o hacerte daño?

¿Además de tener esta conversación conmigo has hablado con otras personas?

¿Has intentado suicidarte anteriormente?

¿Qué es lo que te ha mantenido con vida hasta ahora? ¿Por qué ha merecido la pena vivir?

¿Qué fue lo que pasó?

¿Qué pensabas mientras te lastimabas?

¿Cómo te sentiste después de hacerte daño?

¿Qué pensabas que te iba a pasar?

¿Habías pensado que te podías morir?

Cuando te diste cuenta que no habías muerto, ¿Qué pensaste?

¿Qué pensabas que iba a pasar si te morías?

¿Cuándo apareció esta idea por primera vez?

¿Sentís ahora ganas de morir?

¿Qué razones tendrías para vivir?

¿Ahora piensas en lastimarte? ¿Cómo lo harías?

¿Qué piensas de lo que pasó?

¿Pensás que puede haber otra manera de encontrar una solución o aliviarte?

¿Conocés a alguien que le pase lo mismo que a vos? ¿Quién?

¿Te imaginás que es posible que esta situación cambie?

¿Te parece que algo o alguien te podría ayudar? ¿Quién/es?

¿Cómo te imaginás a vos mismo/a en unos meses o un año?

¿Qué te parece la idea de empezar a hablar con alguien que te pueda ayudar?

¿Estarías de acuerdo en iniciar un tratamiento?

ANEXO III

Algunas consideraciones para población priorizada: adolescencias y juventudes; personas mayores

Sobre población adolescente.

La OMS define a la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años en la que tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Esta fase vital se caracteriza, así, por un ritmo acelerado de múltiples cambios, incluidos la madurez sexual y reproductiva y la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos/as, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos. Ahora bien, las características propias de esta etapa vital no son universales ni estáticas, sino que varían según el contexto socio-histórico y comunitario en el que los/as adolescentes viven y se socializan, su pertenencia de clase, su identidad de género y étnica, entre otros factores. Puede afirmarse entonces que los/as adolescentes no conforman un grupo homogéneo: existen distintas posibilidades de ser y, por lo tanto, diversas necesidades en función de la ubicación social de los sujetos en sus contextos. Rastrear los itinerarios y trayectorias de los/as adolescentes, comprendiendo sus marcos socio-históricos, sus diferencias e inequidades, habilita a comprender -y abordar- sus especificidades en el presente. Por todo esto es que conviene pensar en términos plurales y diversos como adolescencias.

El abordaje del suicidio en las adolescencias contempla todas las medidas de cuidado y atención expresadas a lo largo del documento. A continuación se detallan y refuerzan algunas consideraciones propias del ciclo vital.

En esta población, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida (Ver Apartado C - Diagnóstico Diferencial). Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual en esta franja etaria; su gravedad reside en la persistencia temporal, y en la presencia de un plan. Aunque las conductas autolesivas no impliquen riesgo suicida, no deben minimizarse. Exponen al adolescente a situaciones de riesgo y dan cuenta del padecimiento que atraviesa. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

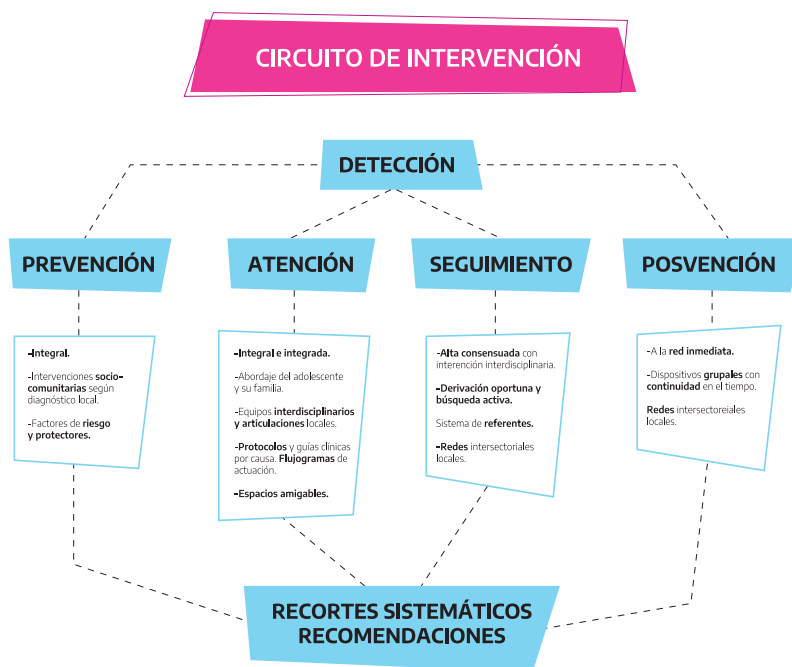
Ante una situación de intento de suicidio adolescente, o cualquiera de sus manifestaciones de padecimiento -ideación suicida, conductas autolesivas (con y sin intención suicida), ideas de muerte-, es prioritario brindar una atención integral e integrada, tanto para el/la adolescente como para su familia y entorno.

La integralidad del abordaje se asienta en tres pilares que, lejos de ser considerados de manera aislada, se relacionan desde la sinergia y complementariedad:

▪ **Perspectiva amplia de la salud** (en tanto bienestar bio-psico-social o como proceso de salud enfermedad cuidado); la salud es entendida como un proceso de construcción colectiva que implica un movimiento permanente, en el cual se reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprometen todas las relaciones de la persona y, por lo tanto, de su vida. Estar sano/a o enfermo/a es parte de un proceso dinámico en el que intervienen múltiples factores sociales, medio-ambientales, biológicos y del sistema de salud, así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos el individuo, su familia y su comunidad, a los que se denomina “determinantes de la salud” (Breihl, 1989). En este sentido, la determinación del proceso salud - enfermedad - atención - cuidados se produce en el ámbito de lo social y, consecuentemente, sólo es comprensible si se lo contextualiza.

▪ **Complejidad y multicausalidad del fenómeno de la violencia autoinfligida** (dado que operan factores del orden individual, familiar, social y comunitario); unidimensional, se propone al modelo ecológico como una herramienta para explorar, identificar y aproximarse a una comprensión de la relación entre los múltiples factores individuales y contextuales que inciden en el fenómeno. (OPS/OMS, 2003:13-15)³

▪ **Sistematización del circuito de intervención** (proceso que integra las acciones de prevención/promoción, atención, seguimiento y posvisión). Se trata de acompañar a los/as adolescentes desde el despliegue de una red de articulación para el sostenimiento de estrategias de corto, mediano y largo plazo:



³ Para profundizar en el modelo ecológico se recomienda la lectura del documento “Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de salud” (OPS/OMS, 2003).

En definitiva, lejos de la parcialización y la fragmentación, la integralidad del abordaje implica un enfoque amplio de la salud, en general, y del fenómeno de la violencia autoinfligida, en particular. Esta problemática es, entonces, competencia del sector de salud pero no exclusiva de él, por lo que las acciones deben ser múltiples y coordinadas, con eje en la interdisciplina, la intersectorialidad y la corresponsabilidad.

Para tal fin, es recomendable la creación de espacios amigables dentro de los establecimientos sanitarios, donde se desarrollen actividades tales como talleres recreativos en salas de espera y con pacientes internados/as, espacios de circulación y esparcimiento, salas de juego y de lectura, entre otras.

También es necesario considerar la entrevista sólo con el/la adolescente, donde pueda dar cuenta de cuestiones que frente a el/la acompañante pudieran quedar restringidas. El resguardo de la confidencialidad respecto a la información conocida en el marco del encuentro con el/la adolescente es prioritario: el intento de suicidio o la autolesión no suspenden el deber ético y jurídico de guardar el secreto profesional ni los derechos a la privacidad y confidencialidad de las consultas. Las causas justas para la revelación de un secreto pueden ser únicamente: (PNSIA, 2018)

Evitar un peligro inminente (inmediato y cierto) para sí o para un/a tercero/a. Por ejemplo, la detección de una enfermedad altamente contagiosa (Hantavirus, no así el VIH), la amenaza de suicidio u homicidio;

La orden de una autoridad judicial competente;

En caso de urgencia, cuando no se pueda contar con la autorización del/la adolescente y deba pedírsela a un/a representante.

En cuanto a la indicación de internación en la población infanto-juvenil, se observa que una vez producido el intento, generalmente el riesgo se presenta aumentado en las dos primeras semanas, por lo que hay que extremar los controles y seguimiento y de ser posible prolongar la internación (Coordinación del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones).

Asimismo, los abordajes deben ser intersectoriales, en articulación con organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de Niños/as y Adolescentes (NNyA), Educación, Justicia, etc. En este sentido, es fundamental que los/as adolescentes puedan contar con recursos y dispositivos más allá del sistema sanitario. Una atención extramuros implica un abordaje en el cual la estrategia es pensada y llevada a cabo de manera intersectorial, priorizando una atención en conjunto y teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada adolescente. Es de suma relevancia, entonces, trabajar en corresponsabilidad con otros sectores para garantizar un abordaje integrado resguardando los derechos del/la adolescente. Este trabajo se configura en red como un espacio de construcción de respuestas consensuadas a partir de la mutua colaboración y participación de diversos actores, en el marco de una práctica de asunción de responsabilidades y no como un ámbito de derivación y recepción de casos. La corresponsabilidad debe ser interpretada como uno de los pilares del Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes: éste no sólo reconoce a los/as adolescentes como ciudadanos/as sino que, al mismo tiempo, impone obligaciones especiales a todos los

actores -familias, comunidad y Estado- para garantizar el acceso pleno y efectivo al ejercicio de esos derechos; en otras palabras, somos todos/as corresponsables en el sostenimiento de intervenciones y abordajes que apunten a la restitución de los derechos amenazados y/o vulnerados. Los diversos actores en contacto con los/as adolescentes tienen el desafío -y la responsabilidad- de construir y fortalecer vínculos y espacios que alojen los itinerarios y trayectorias singulares de los/as adolescentes, sus historias personales y las de las comunidades, para dar lugar al sostenimiento, acompañamiento y despliegue de proyectos vitales. Como se mencionó anteriormente, la mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo, y esto puede darse en diferentes ámbitos donde circulan los adolescentes. Uno de estos ámbitos puede ser la escuela. En este sentido, las Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias constituyen un dispositivo en donde se configura un espacio de consulta, orientación y/o derivación centrado en las necesidades y los problemas cotidianos de los/as adolescentes vinculados a la salud integral.⁴

De ocurrir en una escuela, se debe notificar a las instancias de Educación que garanticen la contención y acompañamiento del/la adolescente dentro del ámbito escolar, por ejemplo, los equipos psicosociales de orientación. Además como se dijo anteriormente, es necesario comunicarse con el organismo local de Promoción y Protección de Derechos, ya que representa una situación de vulneración grave del/la adolescente.

La evaluación situacional está indicada en todas las situaciones en las que un/a adolescente haya realizado un intento de suicidio, haya expresado ideas o intenciones suicidas, o cuyas acciones lo sugieren aunque él/ella lo niegue. Se recomienda entrevistar a:

- El/la adolescente;
- El/la adulto/a referente y/o núcleo familiar acompañante;
- Otros/as referentes, pares presentes o que se considere pertinente convocar, como pareja/s, amigos/as, vecinos/as, docentes, etc.

Para un desarrollo más profundo recomendamos consultar con el documento: Abordaje Integral en las Adolescencias en el siguiente link: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>

⁴ Para profundizar en este punto se recomienda la lectura del documento “Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación” (Ministerio de Salud de la Nación - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF 2018).

Sobre personas mayores.

Aproximación a una mirada integral de la vejez⁵

La vejez es un constructo social y cultural, sobre qué significa ser viejo y envejecer, que influye en el imaginario colectivo, según la época y la sociedad. Es un proceso que “da cuenta del entrecruzamiento particular y subjetivo de cada ser humano y su propia historia.”⁶ Por eso no podemos hablar de una vejez sino de vejeces.

La edad se ha considerado en todas las culturas más en su aspecto cuantitativo, cronológico y biológico. En muchas culturas el envejecer es la época más óptima para ejercer las funciones más elevadas. En otras, se considera como una decadencia, surgiendo los mitos y estereotipos que afectan a la identidad social y personal de las personas mayores. Existen estereotipos importantes que reflejan prejuicios negativos hacia las personas mayores, según Palmore (1980, citado en Salvarezza, 1994) los cuales consideran la vejez como sinónimo de Enfermedad- Impotencia -Fealdad- Declive mental- Aislamiento- Pobreza- Depresión.

Esta visión prejuiciosa de la vejez elimina las oportunidades de salud, participación y seguridad a las que las personas mayores tienen derecho, siendo necesario e imperioso incluir una mirada integral para promover la máxima autonomía personal e interpersonal posible, haciéndolas/os partícipes en las comunidades y en los procesos de toma de decisiones. Reconociendo a las personas mayores como sujetos de derecho y favoreciendo al empoderamiento de los mismos. Una mirada integral de la vejez implica conjugar una conceptualización biológica de la edad -dado que no se pueden desestimar los cambios psicofísicos que se experimentan durante esta etapa de la vida- con una conceptualización sociocultural y subjetiva de la vejez, en tanto ésta permite dar cuenta de una conjunción de factores, entre los que se incluyen: la longevidad en un momento y en un lugar dados, la función que la sociedad atribuye a las personas de acuerdo con esa longevidad y el conjunto de actitudes y conductas sociales que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Martínez et al, 2008).

Sin embargo, a la hora de evaluar la salud de las personas mayores, las/os profesionales de la salud conocen muy poco sobre los problemas específicos de esta población: no es inusual que se achaquen las dolencias a la edad, sin prestarles mayor atención (UNFPA, 2003). Asimismo, la biomedicalización del envejecimiento -interpretación del proceso de envejecimiento como un problema y desde una óptica exclusivamente médica y centrada en enfermedades- produce y mantiene el prejuicio de la vejez asociada a la enfermedad; prejuicio que, a su vez, se encadena con la percepción de la vejez en sí misma como problema, y de esta población como pasiva, depresiva, asexuada y necesitada de atención y cuidados constantes.

⁵ Redactado en base a DNSMyA (2014) “4.3.B- En adultos mayores”. En Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Modelo Comunitario de Atención. Problemática priorizada: suicidio. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

⁶ Alvarez, María del Pilar “El concepto de Vejez”. En: Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes. Editorial Atuel, Buenos Aires, 1998 (pp.16).

El suicidio en personas mayores

Las conductas suicidas en esta población tienen mayor letalidad que en otros grupos etarios ya que, en general, suelen ser físicamente menos resistentes, utilizan métodos más letales, los intentos son más planificados y determinados y suelen tomar más precauciones para no ser descubiertos.

Una mirada integral tanto de la vejez como del suicidio habilita a analizar esta problemática en relación con los siguientes factores de riesgo:

- Antecedentes clínicos (depresión, enfermedades mentales, enfermedades crónicas, dolor crónico, deterioro físico).
- Antecedentes familiares de suicidios.
- Situación de duelo o muerte, separaciones de vínculos afectivos.
- Situación de vulnerabilidad socioeconómica.
- Abuso y maltrato de distinta índole hacia las personas mayores.
- Violencia de género, especialmente en mujeres y mayores.
- Aislamiento y soledad. Confinamiento.
- Institucionalización sin consentimiento de la PM y/o influenciada por terceros que son los únicos vínculos afectivos.
- Personas que viven solas, no por propia elección.

El suicidio de una persona mayor podría pensarse como una **respuesta frente a una representación social negativa de la vejez**, que pone a esta población en situación de vulnerabilidad.

- **La dificultad para acceder a las distintas prestaciones** que necesitan, por ausencia o deficiencia de recursos en su comunidad de pertenencia.
- **La situación de aislamiento frente a crisis y/o pérdidas y de exclusión del ritmo de vida** lo que puede llevar a un deterioro del estado de bienestar bio-psico-social y marcar el comienzo de graves empeoramientos de su salud.
- **Los estereotipos y los roles de género.** La alteración del rol social asignado al varón como activo y proveedor: En las culturas donde dichos ideales de masculinidad son cruciales en la percepción de uno mismo, el envejecimiento puede convertirse en un proceso especialmente negativo e incluso psicológicamente debilitante.

En esa misma línea, un estudio que analizó las tendencias de suicidios en personas mayores en los años 1997 y 2007 (Risoli,Prizze) demostró que las tasas de suicidios en varones mayores de 65 años se incrementaron a medida que aumentaba la edad, en tanto que las de las mujeres permanecían estables en los diferentes grupos.

Estos datos podrían ser analizados desde la perspectiva de género, preguntándonos si obedecen a características y a representaciones sociales de género que aquellos varones que se suicidaron, pudieran haberse encontrado sin sostén afectivo, de pareja, social o familiar. Y si el comportamiento en las mujeres se debe a que las mujeres tienen asignado el rol del cuidado de

sí y del otro, adquiriendo de esta forma una mayor capacidad de respuesta ante situaciones de crisis, que conservan en esta etapa del curso vital.

La **depresión**, la ansiedad y el suicidio se hacen cada vez más frecuentes a medida que el hombre envejece (UNFPA, 2003). Sin embargo es preciso aclarar que las representaciones sociales negativas de la vejez pueden considerar a la depresión como una consecuencia del envejecimiento. En el grupo de las personas mayores, si bien la depresión es frecuente, es multifactorial y puede estar solapada con alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia), del apetito, dolor o molestias físicas, disminución de la atención y de la concentración, quejas somáticas, también como alteraciones de la conducta y descuido del aspecto personal. Hay un pensamiento depresivo donde la persona tiene una visión negativa de la vida, sentimientos de culpa, auto-reproches.

Algunas/os investigadoras/es sostienen que las tasas de suicidio se elevan en momentos de **crisis económica**, afectando principalmente a hombres adultos y mayores, mientras que en los períodos de mayor estabilidad el suicidio afecta de un modo más regular tanto a hombres como mujeres, jóvenes como adultas/os. (Carbonell Camós, s.f.)

Alertas para la prevención del suicidio en personas mayores:

- Cambios conductuales: alteración en los hábitos de la vida cotidiana.
- Menciones de la voluntad de suicidarse.
- Pensamientos pesimistas continuos.
- Falta de proyectos.
- Abandono de actividades, autoaislamiento.
- Falta de continuidad y adherencia a los tratamientos terapéuticos.
- Reacción estresante ante una situación límite.
- Depresión.
- Abuso de automedicación o sustancias adictivas.

Orientaciones para el abordaje

La Organización Mundial de la Salud define al **envejecimiento activo** como “el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar físico, social y mental en el transcurso de la vida con objeto de ampliar la esperanza de vida sana, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (OMS, 2002).

Este enfoque implica, entonces, que los diversos actores de la sociedad instrumenten acciones concretas con el objetivo de **transformar la percepción negativa y prejuiciosa del envejecimiento** y, al mismo tiempo, **garantizar condiciones de vida digna** a las personas mayores a partir de la implementación de **abordajes integrales que tengan en cuenta los problemas específicos de esta población**. En ese sentido promover entonces, una representación más positiva de la vejez, con posibilidades, con experiencias y riquezas, que pueden ser puestas a disposición de la sociedad y que es de inestimable valor.

La Década del Envejecimiento Saludable propuesta por Naciones Unidas y OMS/OPS para los

años 2021/2030, incorpora 4 áreas que se pueden considerar para el abordaje del suicidio en personas mayores. Estos ejes se vinculan a acciones para: a) erradicar el viejismo, b) adaptar los servicios de salud para asegurar un abordaje integral y centrado en las necesidades y preferencias de las personas mayores, c) propiciar cuidados de largo plazo de calidad para las personas mayores que los requieran (que incluyan a los cuidadores) d) desarrollar entornos amigables con este grupo poblacional para lograr mayor calidad de vida.

Una quinta línea es la necesidad de propiciar líneas de investigación respecto de este tema.

Es imprescindible propiciar la importancia de la mirada gerontológica en los equipos socio sanitarios, para identificar los factores de riesgo y los factores protectores en el abordaje del suicidio en personas mayores:

- **Promover posibilidades de transformación social** sobre las prácticas y creencias que recaen sobre las/os personas mayores;

- **Fomentar la integración** de las personas mayores a la comunidad, haciéndolas/os partícipes en actividades recreativas y culturales desde un enfoque de promoción de la salud integral⁷ y como sujetos de derechos, respetando su independencia y autonomía⁸.

- **Garantizar cuidados de larga duración**⁹, cuando se evalúen necesarios. Los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales -familiares, amigas/los o vecinas/os-, profesionales -sanitarios, sociales u otros- o ambos, para conseguir que una persona que no es totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. (OMS, Milbank Memorial Fund, 2000). La necesidad que tiene una persona mayor de recibir cuidados de larga duración está determinada por el deterioro de las capacidades funcionales físicas, mentales y/o cognitivas. Aunque la tendencia general es que se produzca una pérdida progresiva de la capacidad a medida que aumenta la edad, no todos los deterioros o pérdidas son irreversibles: algunas personas mayores pueden recuperarse de las pérdidas y volver a disfrutar de las capacidades funcionales perdidas. Por consiguiente, la duración y el tipo de cuidados que se necesitan son, con frecuencia, indeterminados y requieren respuestas adaptadas a cada situación.

⁷ Ver el apartado "Promoción de la salud y perspectiva de vulnerabilidad", en el "Capítulo 1: Caracterización de la problemática del suicidio" de la presente publicación.

⁸ CIPDDHHPM Artículo 7 Derecho a la independencia y a la autonomía. Que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.

⁹ CIPDDHHPM Artículo 12 Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

- **Promover la atención y seguimiento de las personas mayores que tuvieron intentos de suicidios** a partir del registro del evento, y aplicando una guía de atención para que los equipos de salud que revisten asistencia a las personas mayores puedan contar con el mismo para el tratamiento de ellas mismas y su entorno afectivo.

- **Brindar herramientas elaboradas intersectorialmente para el abordaje integral en la prevención del suicidio en personas mayores**, destinadas a la población en general y también a los equipos de salud (agentes sanitarios, enfermeras/os, cuidadoras/es, trabajadoras/es sociales, médicas/os etc). Y para instituciones de cuidados y alojamiento de personas mayores (centros de día, centros de jubilados, geriátricos, hogares públicos y privados, etc).

En resumen, desde la perspectiva del curso de vida y de los derechos humanos, la propuesta es promover el envejecimiento saludable que les permita a las personas mayores mantener su capacidad funcional, para poder seguir haciendo lo que deseen y decidan.

ANEXO IV

Sistemas de vigilancia y registro de los intentos de suicidio y autolesiones

Durante el segundo semestre de 2021, con el objetivo de producir información relevante para la formulación de políticas públicas en materia de abordaje integral de la problemática del suicidio, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (ahora Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos) del Ministerio de Salud de la Nación llevó adelante un proceso de trabajo colaborativo con las jurisdicciones de Buenos Aires, Catamarca, Mendoza y Santa Cruz para la formulación de un instrumento de registro, que permitiera la producción de información cualitativa y cuantitativa detallada y de calidad sobre autolesiones e intentos de suicidio. El instrumento fue implementado a través de la estrategia conocida como unidades centinela. En caso de requerir el acceso a la herramienta y/o consultas sobre el mismo, ponemos a disposición el mail del Programa de Abordaje Integral de la Problemática de Suicidio programasui@msal.gov.ar

Instrumento de Registro de Situaciones de Autolesión e Intentos de Suicidio

Este formulario tiene como objeto realizar un Registro Sistemático de Autolesiones e Intento de Suicidio por parte de profesionales de la Salud Mental con fines de investigación científica y médica.

*Obligatorio

Si está usando un teléfono celular, le recomendamos poner la pantalla de modo HORIZONTAL

Institución (nombre) *

Datos del profesional interviniente: Nombre y Apellido *

Profesión *

Jurisdicción *

Cargo o Servicio *

Instrucciones para el llenado del formulario.

Importante: la prioridad es la asistencia de la persona que consulta. Este formulario no es una entrevista estructurada ni un cuestionario que se deba tomar a la persona que consulta. La idea es que los especialistas tengan en mente estas preguntas para completar el formulario pero no ser leídas al consultante.

Este formulario será llenado por los profesionales luego de asistir a la persona con autolesiones o intento de suicidio.

Datos generales

En esta sección se indagán datos generales del tipo y momento de la entrevista inicial con el consultante, LUEGO del evento.

Código de empare con HC

1. Fecha de la consulta *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

2. Momento de la consulta respecto del evento
(marcar una opción) *

- Dentro de las 12 horas de ocurrido el evento
- Entre 12 horas y 24 horas de ocurrido el evento
- Más de 24 horas de ocurrido el evento
- No relevado

3. Unidad de atención *

- Guardia
- Internación
- Consultorio externo
- Otro: _____

Datos sociodemográficos

En esta sección, se proponen ítems para conocer el perfil sociodemográfico de la persona que consulta.

4. Edad de la persona que consulta
(anotar respuesta) *

5.a. Género según DNI de la persona
que consulta (marcar una opción) *

- Femenino
- Masculino
- X

5. b. Identidad autopercebida
manifestada por la persona que
consulta (marcar una opción) *

- Mujer CIS
- Mujer TRANS
- Hombre CIS
- Hombre TRANS
- Travesti
- No Binarie
- No manifestado
- Otro: _____

6. Máximo nivel de estudios de la
persona que consulta
(marcar una opción) *

- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario/Universitario incompleto
- Terciario/Universitario completo
- No relevado
- No manifestado

7. ¿Con quién vive la persona que consulta?
(se entiende por esto que viva más del 50% de la
semana. Puede marcar más de una opción) *

- Solo/a
- Con su pareja
- Con su hijo/a/s
- Con sus padres
- Con otros familiares
- Con amigos/as
- No relevado
- Otros: _____

8. Actualmente, la persona que consulta vive en un área (marcar una opción): *

- Rural
- Urbana
- No relevado

9. Tipo de vivienda (marcar una opción) *

- Casa
- Departamento
- Local adaptado como casa
- Vivienda precaria
- Cuarto de inquilinato
- Cuarto en hotel/ pensión
- No relevado
- Otro: _____

10. Cantidad de personas con las que convive la persona que consulta (anotar respuesta) *

11.a. La persona que consulta, ¿está trabajando actualmente? (marcar una opción) *

- Sí
- No
- No relevado

11.b. Grado de Conformidad de la persona que consulta con su trabajo (marcar una opción) *

- Conforme
- Algo disconforme
- Disconforme
- No manifestado

12.a. La persona que consulta manifestó alguna creencia religiosa/ espiritual (marcar una opción)

- No
- Sí
- Cuál (consignar)
- No relevado
- No manifestado
- Otro: _____

12.b. La creencia religiosa/ espiritual se manifiesta como (marcar una opción):

- factor de protección
- factor de riesgo
- No relevado
- No manifestado

Análisis situacional del evento

En esta sección se releva información relativa a las circunstancias y ubicación temporal y espacial en las que ocurrió el evento.

RECUERDE

INTENTO DE SUICIDIO: Un acto no habitual con resultado no mortal que implica potencial de letalidad o de daños corporales, iniciado y ejecutado con o sin finalidad de propiciar cambios deseados o aliviar un estado de tensión (OMS, 2018).

AUTOLESIÓN: Lesión externa que la persona se inflige a sí misma ya sea por acción u omisión (OPS, 2018).

IDEACIÓN SUICIDA: Comunicar por medios verbales o no verbales la intención (OMS, 2019). Todo pensamiento, idea o representación mental que una persona presente, en forma de comunicación verbal, gráfica o de otro tipo, y que implica cualquier acercamiento a la muerte en forma persistente u ocasional.

PLANIFICACIÓN SUICIDA: Determinar la estrategia para llevar a cabo el acto (OMS, 2019). Toda construcción de estrategias y/o conductas diversas que impliquen alguna forma de aproximación a una acción letal posible, por acción u omisión.

13.a. ¿Por qué evento/hecho consultó o fue derivado la persona que consulta? (marcar una opción).

Si no estuviera claro el evento inicialmente, se recomienda al profesional interviniente responder a este ítem luego de varios encuentros con la persona que consulta. *

- Autolesión
- Intento de suicidio
- Ideación suicida
- Planificación suicida
- Otro: _____

13.b. En caso de lesión autoinfligida, ¿fue intencional?

- Sí
- No
- No relevado
- No manifestado

14. Observaciones (anotar si hubo otro hecho que sea menester informar)

15. Fecha del evento por el que consulta (anotar respuesta). Si no se conoce la fecha, consignarlo.

16. Hora en que ocurrió el evento por el que consulta (anotar respuesta). Si no se conoce la hora, consignarlo.

17. La fecha en que ocurrió el evento, ¿se encuentra próxima a alguna de las siguientes?
(puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Aniversarios significativos para la persona que consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumpleaños significativos para la persona que consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año Nuevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situación significativa escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situación significativa laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Si registró "Otros", consignar.

19. Si se registraron "Autolesiones", indicar
(puede marcar más de una opción):

- Partes visibles del cuerpo
 Partes no visibles del cuerpo
 No aplica

20. Si se registraron Autolesiones en parte/s visibles del cuerpo. (puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazo/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rostro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras partes del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Si se registró "Intento de suicidio" indicar instrumento/s o medio/s utilizado/s. (puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahogamiento y sumersión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disparo de arma corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disparo de rifle, escopeta y arma larga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humo, fuego y llamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material explosivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objeto cortante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objeto romo o sin filo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saltar desde un lugar elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapor de agua, vapores y objetos calientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros medios no especificados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobreingesta de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. En caso de sobreingesta de medicamento indicar cuál/cuales

23. Circunstancia del evento ¿En qué contexto ocurrió la lesión/ intento de suicidio? (marcar una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado	No aplica
Trabajando (en un trabajo manual remunerado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajando (en un trabajo profesional remunerado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viajando (Transporte laboral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viajando (Transporte no laboral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizando quehaceres domésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizando actividades de la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haciendo Deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recreación/ juego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estando internado por motivos de salud/ salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En otra actividad/ circunstancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Si indicó "Otra" consignar respuesta

25. Lugar donde ocurrió el evento (marcar una opción) *

- Área industrial y de la construcción
- Área de deportes y atletismo
- Calles, rutas o autopistas
- Comercios y áreas de servicios
- Escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
- Campo
- Institución residencial
- Vivienda
- Otro lugar especificado
- Otro lugar no especificado
- No relevado
- No manifestado

30. La persona que consulta ¿manifestó alguno de los siguientes indicios previos al evento?
(puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Desprecio por la vida propia o ajena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesimismo respecto del futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgano por la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimiento de culpa persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desapego por objetos valorados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono de indicaciones médicas o terapéuticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivencia persistente de injusticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivencia de inutilidad o incompetencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivencia de desprecio o de indiferencia de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechazo persistente a la vinculación con otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos personales, familiares y del entorno

Aquí se relevan datos acerca de los antecedentes propios, de familiares y del entorno inmediato o mediato de la persona que consulta.

31. La persona que consulta ¿indicó explícitamente alguna/s de las siguientes situaciones?
(puede marcar más de una opción; Para ver todas las opciones, deslice la barra inferior)

	SI	NO	Padecido	Ejercido	Siendo niño	Siendo adolescente	Siendo adulto	Por un adulto familiar
Abuso psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secuestro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privación de la libertad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víctima de trata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víctima de acoso virtual (ciberbullying)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víctima de acoso escolar (bullying)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acoso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acoso laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Consignar si alguno de estos eventos le ocurrieron a una persona significativa del consultante (puede marcar más de una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maltrato psicológico | <input type="checkbox"/> Homicidio |
| <input type="checkbox"/> Maltrato físico | <input type="checkbox"/> Accidente mortal |
| <input type="checkbox"/> Violencia | <input type="checkbox"/> Autolesiones |
| <input type="checkbox"/> Padecimiento mental | <input type="checkbox"/> Reclusión |
| <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio | <input type="checkbox"/> Fallecimiento/ Muerte |
| <input type="checkbox"/> Suicidio | <input type="checkbox"/> Muerte por COVID19 |
| <input type="checkbox"/> Adicciones | <input type="checkbox"/> No manifestado |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> No relevado |
| <input type="checkbox"/> Violación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

33. Consignar a qué persona significativa del consultante le ocurrieron los hechos (anotar respuesta)

34. Si refirió "Otros", consignar.

Consumos problemáticos

En esta sección se presentan ítems acerca de consumos problemáticos. Se entiende por consumos problemáticos a aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente en forma crónica la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier consumo que sea diagnosticado como compulsivo por un profesional de la salud (Ley 26934, Art. 2)

35. Cuadro de Consumos problemáticos (Si la persona que consulta indica consumos problemáticos, marcar en la columna correspondiente. Puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Juegos de azar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicofármacos/ Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acido lisérgico (LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas de diseño (éxtasis; metaanfetaminas..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Si registró "Otros", consignar

Eje ideativo/ integrativo

En esta sección se releva información acerca del estado de conciencia, sensorpercepción y pensamiento del entrevistado al momento de la entrevista.

37. Registre si la persona que consulta manifestó (puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Dificultades en la atención/ concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades en la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades en la comprensión de los hechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desajuste entre sus ideas y las del entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras condiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Si marcó "otras condiciones", consignar respuesta.

Eje de vinculación

En esta sección se releva información acerca de la vinculación consigo mismo, con los demás, con el entorno y la valoración del estado de ánimo de la persona que consulta.

39. La persona que consulta ¿manifestó alguna de estas ideas/ situaciones? (puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
No tener a nadie que le importe que está solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener a nadie que le importe que está sufriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener a nadie que le importe si deja de estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. La persona que consulta ¿refirió alguna de estas ideas/situaciones? (puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
No poder imaginarse un futuro valorable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No poder imaginarse feliz en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No poder imaginarse útil en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener proyectos a futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Observaciones del entrevistador

Eje de la conducta

En esta sección se releva información sobre hábitos de conducta del entrevistado.

42. La persona que consulta ¿evidenció alguna de estas dificultades? (puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado
En la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el cuidado personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. La persona que consulta, ¿indicó algunas de estas situaciones referidas al uso de redes sociales? (puede marcar más de una opción) *

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Publicar mensajes alarmantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esperar y necesitar una respuesta inmediata cuando se envía un mensaje virtual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse agredido o insultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Observaciones del entrevistador

Aspectos psicológicos manifiestos en los 6 meses previos al evento.

En esta sección se relevan datos acerca de aspectos psicológicos en los 6 meses previos al evento.

45. La persona que consulta presentó: (puede marcar más de una opción)

	SI	NO	No manifestado	No relevado	No puede determinarse con la información
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agobio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asistencia recibida con anterioridad a esta/s consulta/s.

En esta sección se describe el acompañamiento/asistencia recibida con anterioridad a esta/s consulta/s

46. ¿Recibió tratamiento/s de salud mental? (marcar una opción) *

- Sí
 No
 No relevado
 No manifestado

47. ¿Cómo evalúa la persona que consulta el tratamiento recibido? (marcar una opción)

- Satisfactorio
 Poco satisfactorio
 No satisfactorio

48. Cuadro de tratamientos recibidos (puede marcar más de una opción)

	Psicofarmacológicos	Psicoterapéuticos	Psiquiátricos	De rehabilitación en salud mental
Antes de los 14 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre los 15 y los 18 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre los 19 y los 24 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A partir de los 25 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. ¿Disponía la persona que consulta de otros espacios alternativos para hablar de lo que le pasaba?

- Escuela
- Grupos sociales de pares
- Adultos (en el caso de NNyA)
- Otro: _____

50. En cuanto a necesitar acompañamiento profesional, la persona que consulta manifestó (puede marcar más de una opción):

	SI	NO	No manifestado	No relevado
Tener vergüenza de solicitar atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconocer dónde buscar atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir desconfianza de hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hacerlo por influencia familiar/ social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Observaciones del entrevistador.

Datos clínicos significativos

En esta sección se consignan los antecedentes clínico-médicos significativos de la persona que consulta.

52.a. ¿La persona que consulta padece de alguna enfermedad o dolencia física actual o pasada? (marcar una opción) *

- Sí
- No
- No manifestado
- No relevado
- No puede indicarse con la información disponible

52.b. Si marcó Sí en la anterior, indicar qué enfermedad o dolencia.

53.a. La persona que consulta ¿tuvo hospitalizaciones y/o ingresos a guardias médicas recientes?
(marcar una opción)

- Sí
- No
- No relevado
- No manifestado

53.b. Si hubo hospitalizaciones, indicar FECHA, MOTIVO y LUGAR

54. ¿A qué tipo de atención se deriva a la persona que consulta? (completar)

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN

Bibliografía

Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de salud (2021). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Adolescencias y Juventudes. UNICEF. Sociedad Argentina de Pediatría.

Abordaje de la morbimortalidad adolescente por causas externas (MMACE). Ministerio Salud y PNSIA (2017).

Algunas herramientas para la evaluación y atención de personas con riesgo suicida. Una guía para el personal sanitario (2020). Programa Provincial de Prevención del suicidio. Ministerio de Salud. Provincia de Córdoba.

Ampliación "Proyecto de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio". Resolución Ministerial Provincia de Salta No 0199/18.

Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación Ministerio de Salud de la Nación - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 1° edición, Buenos Aires, julio 2018.

Breihl, J. (1989) Epidemiología. Economía, medicina y política. México D.F.: Fontamara

Bjureberg J, Dahlin M, Carlborg A, Edberg H, Haglund A, Runeson B. Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screen Version: initial screening for suicide risk in a psychiatric emergency department. *Psychol Med.* 2021 Mar 26;52(16):1-9. doi: 10.1017/S0033291721000751. Epub ahead of print. PMID: 33766155; PMCID: PMC9811343.

Carbonell Camós, E. (s.f.) "Tiempo y suicidio". En *Gazeta de antropología*. N° 23.007. Montreal: Universidad de Québec

DeCou CR, Schumann ME. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide Life Threat Behav.* 2018 Oct;48(5):531-543. doi: 10.1111/sltb.12368. Epub 2017 Jul 5. PMID: 28678380.

Estadísticas Vitales Información Básica Argentina Año 2021 (2023) Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica - Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina (2019) Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud y UNICEF (2019).

Estado de situación de salud de las Personas Mayores (2020) Ministerio de Salud de la Nación.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2019). El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina.

Guía de Servicios de Salud Mental Comunitaria (Guidance on community health mental services) - 2021 - OMS.

Haglund A, Lysell H, Larsson H, Lichtenstein P, Runeson B. Suicide Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Cohort Study of Nearly 2.9 Million Discharges.

Haglund A, Lysell H, Larsson H, Lichtenstein P, Runeson B. Suicide Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Cohort Study of Nearly 2.9 Million Discharges. *J Clin Psychiatry*. 2019 Feb 12;80(2):18m12172. doi: 10.4088/JCP.18m12172. PMID: 30758922.

Holman MS, Williams MN. Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Arch Suicide Res*. 2022 Jan-Mar;26(1):137-154. doi: 10.1080/13811118.2020.1774454. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32522102.

Ley N° 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. Sancionada: 28 de Septiembre de 2005. Promulgada de Hecho: 21 de Octubre de 2005.

Ley N° 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. Sancionada: 21 de Octubre de 2009. Promulgada de Hecho: 19 de Noviembre de 2009.

Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: 25 de Noviembre de 2010. Promulgada: 2 de Diciembre de 2010.

Ley N° 27.130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Sancionada: Marzo 11 de 2015 Promulgada de Hecho: Abril 6 de 2015.

Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes (2012). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Martínez, M. R., Morgante, M. G., Remorini, C. (2008)gf "¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez". En *Revista Argentina De Sociología*. Año 6 N° 10. ISSN 1667-9261.

Ministerio de Salud de Tucumán. Guía Clínica Para La Prevención Y Manejo De La Conducta Suicida. División Salud Mental, Si.Pro.Sa. 2009.

Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, O'Connor RC, Smit JH, Kerkhof A, Riper H. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2021 Aug;219(2):419-426. doi: 10.1192/bjp.2021.50. PMID: 35048835.

Organización Mundial de la Salud (2023) Sitio Web Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (2018). Ediciones de la OMS, Paraná.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016). Prevención de la conducta suicida.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014) Prevención del suicidio: un imperativo global.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization.

Pérez S. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciencia Salud Colectiva*. 2012;17:2011-6.

Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... & Mann, J. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). New York, NY: Columbia University Medical Center, 10.

Ribot RVC, Alfonso RM, Ramos AME, et al. Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2012;11(Suppl: 5):699-708.

Rice SM, Kealy D, Treeby MS, Rice SM. Shame, guilt, and suicidal thoughts: The interaction matters. *Br J Clin Psychol*. 2021 Sep;60(3):414-423. doi: 10.1111/bjc.12291. Epub 2021 Apr 9. PMID: 33836103.

Save the Children - Manual de capacitación sobre primeros auxilios psicológicos para profesionales de la niñez. <https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.uncom/2016/05/primeros-auxilios-psicolc3b3gicos-save-the-children.pdf>

Salvarezza, L. (1994). "Vejez, medicina y prejuicios". Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, (1). Recuperado de: <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-1b-vejez-LSalvarezza.pdf>

Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, Chaudhury SR, Bush AL, Green KL. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*. 2018 Sep 1;75(9):894-900. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776. PMID: 29998307; PMCID: PMC6142908.

UNFPA (2003) Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor; un campo por explorar y evidenciar. Equipo de Apoyo Técnico para Latinoamérica y el Caribe. Versión Final. Abril.

Risoli, A., & Prizze, A. (Mayo de 2010). Suicidios en la Vejez en Argentina en el período 1997-2007. En S. Raggi (Presidencia), Trauma, historia y subjetividad. Presentación llevada a cabo en el V Congreso Argentino de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina.

Línea telefónica nacional
para urgencias en Salud Mental

0800.999.0091

Disponible las 24 horas



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*