



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

PROTOCOLO DE ABORDAJE DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDAS Y AUTOLESIVAS

Red asistencial de salud

SECRETARIA DE SALUD MENTAL Y
ADICCIONES

- . 2018 . -



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

INDICE

1.- Fecha de Elaboración y revisión.....	Pág. 2.
2.- Autores.....	Pág. 2.
3.- Introducción.....	Pág. 2.
4.- Mapa de Red.....	Pág. 4.
5.- Población Objetivo.....	Pág. 4.
6.- Flujograma.....	Pág. 5.
7.- Desarrollo del Flujo.....	Pág. 5.
8.- Evaluación de riesgo suicida: pasos a seguir.....	Pág. 10.
9.- Estrategias Terapéuticas.....	Pág. 18.
10.- Situación Epidemiológica.....	Pág. 26.
11.- Glosario.....	Pág. 45.
12.- Anexos.....	Pág. 46.
13.- Bibliografía.....	Pág. 55.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

1.- FECHA DE ELABORACIÓN Y FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN:

Este protocolo se terminó de elaborar en Agosto del 2018. Se realizará una revisión, en Agosto del 2019, con la finalidad de actualizar el mismo, de acuerdo a los avances científicos, técnicos, normativos o modificaciones en la Red

2.- AUTORES:

Lic. José Manzur (Secretario de Salud Mental y Adicciones de la Provincia), Lic. Carolina Juárez (Directora Provincial de Salud Mental), Dr. Agustín Yécora (Director Provincial de Adicciones), Lic. Estefanía Valdez Clinis (Coordinadora Provincial de Niñez y Adolescencia), Lic. Hugo Martínez (Coordinador Provincial de Cuidados Progresivos), Lic. Juan Cobo (Coordinador Prevención de Adicciones), Dra. Constanza Castrillo (Coordinadora de Asistencia a las Adicciones), Lic. Silvina Taritolay, Lic. Alejandra Bevilacqua Equipo Técnico Interdisciplinario de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud.

3.- INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, el sistema de salud de la provincia de Jujuy, ha asistido a una importante cantidad de consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas autolesivas. En el transcurso del primer semestre del presente año existe un registro del Comité Provincial de suicidio de 188 casos, de los cuales 10 corresponden a suicidios consumados. No obstante, según registros de las Estadísticas provinciales, en el transcurso de enero a julio de 2018, existirán 41 casos de suicidios consumados en diferentes localidades de nuestra provincia.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Sin embargo, cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, teniendo un alcance colectivo, como problema sanitario y social. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012)

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.

Se considera intento de suicidio a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal actual. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012)
El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como *“El acto deliberado de quitarse la vida”*.

Las conductas autolesivas no deben minimizarse; exponen a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012).

El presente protocolo representa una contribución para la coordinación de acciones de prevención, cuidado, tratamiento y rehabilitación que están a cargo de todos los efectores que integran el sistema de atención. Se pretende constituir una referencia para los miembros de los equipos interdisciplinarios que integran los servicios de salud tanto públicos como privados.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

4.- MAPA DE RED:

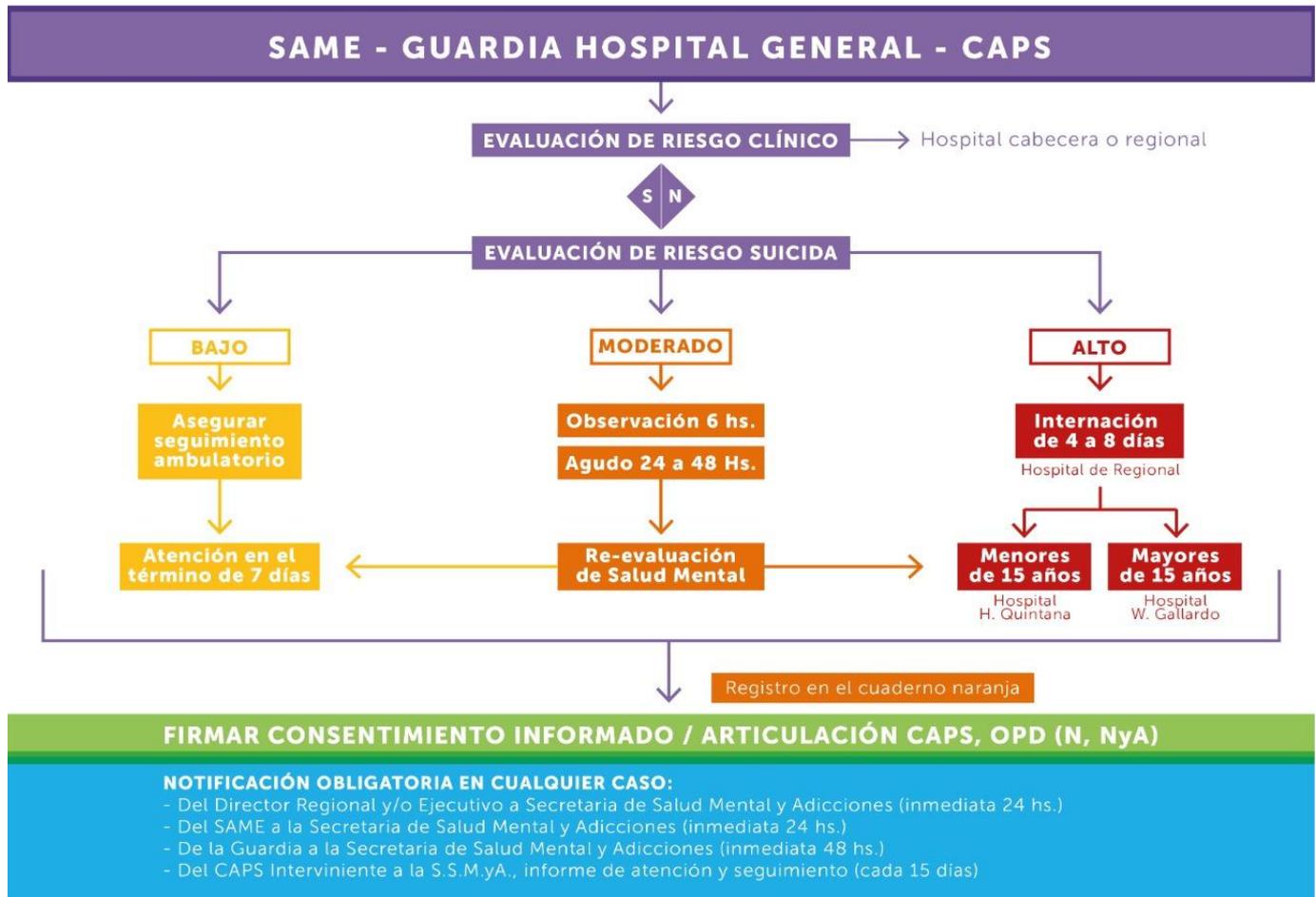
Se espera, siguiendo los lineamientos propuestos por este documento, que participen de la red, no solo los organismos de salud dedicados a la atención y seguimiento de los casos presentados (CAPS, Hospitales, Secretaria de Salud Mental y Adicciones, SAME), sino que la red se encuentre conformada por: Ministerio de Desarrollo Humano, Ministerio de Educación, Ministerio de Seguridad, diferentes ONGs, como también diferentes instituciones sin fines de lucro que trabajen tanto en la prevención como en postvención de los casos de suicidio consumado. Todos ellos congregados y representados por diferentes actores sociales en el Comité Provincial de Suicidio.

5.- POBLACIÓN OBJETIVO:

La atención que propone el presente protocolo se dirige a la atención de cualquier persona que presente conductas definidas dentro del espectro de suicidabilidad propuesto en la valoración de riesgo. (Véase pág. 10)



6.- FLUJOGRAMA:



7.- DESARROLLO DEL FLUJO:

1º. SAME:

- Captación del paciente en situación de riesgo.
- Identificación de referente familiar o comunitario (en caso que existiera).

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

- Primera evaluación de riesgo del paciente.
- Traslado según situación clínica del mismo al Hospital de referencia: Hospital Pablo Soria y Hospital San Roque y/u Hospital de Referencia para estabilización de síntomas clínicos en el caso de que existiesen. **De lo contrario** el traslado se realiza a la Guardia de Salud Mental del Hospital W Gallardo/Hospital Héctor Quintana u Hospital de Cabecera de la localidad correspondiente.

2^{do}. HOSPITAL y/o CENTRO DE SALUD: (Médico, enfermería, servicio social, agente sanitario, educador para la salud, etc.)

1. Evaluación clínica.
2. Evaluación de riesgo suicida.
3. Asistencia en urgencia (24 a 48 hs).
4. Atención, seguimiento y tratamiento específico inmediato.
5. Identificar redes y referentes de contención.
6. Orientación del paciente y referente.
7. Elaboración de consentimiento informado, ficha de registro de seguimiento e interconsultas con servicios de seguimiento y tratamiento específico.
8. Notificación obligatoria al director ejecutivo y/o regional.
9. Notificación obligatoria del director a la secretaría de salud mental y adicciones.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

3^{ro}. HOSPITAL DE REFERENCIA O GUARDIA DE SALUD MENTAL Hospital W. Gallardo desde los 15 años en adelante/ Hospital H. Quintana hasta los 15 años:

1. Recepción, Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento, Observación, Monitoreo y Estabilización Sintomática y Funcional del Cuadro Agudo.
2. Internación en Sala con un máximo de 72 horas, con posibilidad de extenderse en caso de necesidad del usuario debidamente justificada, en otro Hospital.
3. Derivación Asistida y Articulación con Dispositivos de la Red de Salud/Salud Mental y Adicciones de Usuarios de la Red de Salud/Salud Mental y Adicciones.
4. Orientación y Re vinculación con Familiares y/o Tutores.
5. Realizar informes por escrito dirigido a la Dirección del Hospital en un plazo de 48 horas. Los mismos serán remitidos luego a la Secretaría de Salud Mental y Adicciones.
6. Otorgar el Alta de Internación con Derivación Asistida según:
 - Haya permanencia del riesgo o patología asociada que requiera atención en internación, realizar derivación a Centro de Mayor Complejidad (Sequeiros y/o Arroyabe).
 - En caso de disminución de riesgo, realizar articulación para tratamiento ambulatorio y seguimiento en territorio.

**** En caso de ser necesario, y según amerite la situación de NNyA, dar aviso a la O.P.D. (Oficina de Protección de Derechos) correspondiente al domicilio del usuario.**

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

4^{to}. SEGUIMIENTO AMBULATORIO: (Según Guía de Intervención mhGAP)

1. Atención, evaluación, diagnóstico, y tratamiento específico una vez otorgada el alta de internación y/o de observación (mínimo 1 año. frecuencia 1 vez por semana primeros dos meses). seguimiento mínimo de 6 meses.
2. Control farmacológico.
3. Entrevistas periódicas con adultos convivientes a cargo y psicoeducación familiar.
4. Identificar y fortalecer redes de contención (red familiar y comunitaria, red intersectorial, beneficios y apoyos sociales)
5. Notificación de evolución en caso de reincidencia y/o cualquier eventualidad de aumento de riesgo a la Secretaría de Salud Mental y Adicciones.
6. Informe trimestral de avance de tratamiento en caso de no existir recidiva sintomático y/o agravamiento de riesgo.



“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO INSTITUCIONAL ANTE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA Y AUTOLESIVAS

EQUIPO DE PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD	EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD	EQUIPO NO ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL (Médicos, odontólogos, enfermeros, educadores para la salud, agentes sanitarios, etc.)
<ol style="list-style-type: none">1. Atención, evaluación, diagnóstico, seguimiento y tratamiento específico.2. Re- evaluación de riesgo suicida.3. Coordinación de seguimiento del caso clínico antes de otorgar el alta de internación, con turno programado en CAPS de referencia.4. Psicoeducación familiar.5. Identificar y fortalecer redes de contención.	<ol style="list-style-type: none">1. Identificar y fortalecer redes de contención (red familiar- en el caso de tener este recurso) y comunitaria, red intersectorial, beneficios y apoyos sociales).2. Coordinación de seguimiento del caso antes de otorgar el alta de internación.3. Realizar informes de seguimiento en territorio articulando con el equipo tratante institucional o interinstitucional.4. Orientación y procesos de vinculación con Familiares y/o Tutores.	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluación de la situación de riesgo clínico y posibilidad de autolesión.2. Diagnóstico y tratamiento específico.3. Evaluación de factores de riesgo y factores protectores.4. Intervenciones psicosociales a la persona y referentes.5. Articulación y sostenimiento del seguimiento.

*Véase en Anexos: Guía de intervención mhGAP para los Trastornos Mentales y por Consumo de Sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. (Véase pág. 45)

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

El equipo interviniente deberá realizar la articulación de acciones que posibiliten resolver de manera inmediata la atención del paciente para seguimiento (turno programado) y/o postvención una vez dada el alta clínica.

8.- EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA: PASOS A SEGUIR

1ro. DETECCIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO

La detección de conductas auto lesivas es siempre una urgencia. Puede ser realizada en servicios de emergencia o en otras instancias 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 emergencias, o en otros ámbitos comunitarios. Las conductas autolesivas pueden ser manifestadas por el/la persona o por terceros, o inferidas por el profesional o equipo de salud.

Toda derivación a un servicio de Emergencia deberá efectuarse, en lo posible, con un integrante del equipo de salud; no se deberá enviar únicamente a la persona y/o a su acompañante vincular con nota de derivación.

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándole. Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, **hablar del suicidio NO provoca actos de autolesión**, por el contrario les permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando, percibiendo que pueden ser ayudados y en muchos casos, aliviando al menos momentáneamente la tensión psíquica. El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas. Numerosos estudios han constatado que al

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

menos dos tercios de los sujetos que intentaron o lograron suicidarse habían comunicado con anticipación sus intenciones al respecto. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012)

2do. MEDIDAS INICIALES DE CUIDADO

(Tener en cuenta durante todo el proceso de atención)

- La intervención debe favorecer una atención receptiva y humanitaria, en un ambiente de privacidad/intimidad y disponer del tiempo necesario para generar una relación de confianza, prestando cuidado al posible malestar emocional asociado a los actos de autolesión.
- La persona no debe permanecer en ningún momento sola, estará acompañada por un adulto responsable y/o por personal sanitario.
- Identificar en el entorno acompañante, la presencia de algún referente vincular que pudiere resultar tranquilizador y colaborar durante el proceso de atención. Al cual también es recomendable brindar apoyo y contención.
- No dejar al alcance elementos potencialmente peligrosos (armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos), y revisar que no tenga consigo elementos riesgosos. Evitar cercanías con puertas y ventanas.
- No desestimar los relatos, ni emitir juicios morales o de valor.

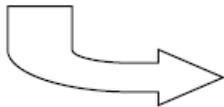
“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

A.) IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN GENERALES

(Universidad Autónoma de Madrid (UAM), 2013)

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo del individuo y realizar una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual. Cada uno de los pasos que se seguirán durante la evaluación se desarrollarán con detalle en los siguientes apartados.

Esquema de pasos para la evaluación del riesgo de suicidio:



- 1) Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales
- 2) Evaluación del riesgo actual
- 3) Valoración del riesgo de suicidio

Al examinar los factores de riesgo para un individuo, se ha de tener en cuenta que cuanto mayor número concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación o conducta suicida. No obstante, que no estén presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio. (Universidad Autónoma de Madrid (UAM), 2013)

LISTA DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE CONDUCTA SUICIDA

A.1) Factores de Riesgo:

Para presentar los mismos, se tomará el desarrollo de la Universidad Autónoma de Madrid -UAM- (2013); cabe destacar que los factores de riesgo más relevantes se muestran acompañados de un asterisco.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

- Hombre
- Soltero
- Viudo
- Divorciado/separado
- Edad avanzada
- Depresión* (mayor riesgo)
- Esquizofrenia
- Alcoholismo*
- Adicción a sustancias propia* (o familiar)
- Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia)
- Trastorno de personalidad (especialmente relacionados con impulsividad, agresión, inestabilidad emocional)
- Problemas de ansiedad
- Psicosis*
- Desesperanza*
- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones*
- Aislamiento* o rechazo social
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que debilite)*
- Desempleado o retirado
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio*
- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática*
- Duelo infantil
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia*
- Trauma reciente (físico o psicológico)*

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

- Plan específico de suicidio formulado*
- Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos*
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo*
- Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características*
- Preocupación por abuso pasado*
- Altas expectativas propias
- Interés en tema de muerte
- Relación abusiva presente
- Intoxicación
- Si se trata de adolescentes: ruptura familiar o conflicto, padres vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy altas o muy controladores, pocas habilidades comunicativas, de relaciones con iguales o rendimiento, conducta antisocial y suicidio reciente de un amigo o familiar

A.2.) Factores Protectores:

Aunque la investigación sobre la conducta suicida se centra generalmente en los factores de riesgo, del hecho de que estos no inciden en todas las personas de la misma manera sugiere la existencia de factores protectores que podrían estar modulando dicho riesgo.

El interés por abordar los factores de protección radica en que su potenciación podría ayudar a prevenir el suicidio.

Si bien no existe unanimidad de criterios en la clasificación de los mismos; no obstante, pueden clasificarse en factores protectores personales y socio-ambientales, según se puede observar en la siguiente tabla:



“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Tabla 41. Factores protectores relacionados con la conducta suicida

PERSONALES	SOCIALES / MEDIO AMBIENTALES
<ul style="list-style-type: none">- Habilidad en la solución de problemas- Tener confianza en uno mismo- Habilidad para las relaciones sociales- Flexibilidad cognitiva- Tener hijos (mayor evidencia en mujeres)- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio- Nivel educativo medio – alto- Hábitos de vida saludables- Extraversión apertura a la experiencia, responsabilidad- Locus de control interno- Percepción de autoeficacia	<ul style="list-style-type: none">- Apoyo familiar y social (no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad)- Integración social- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad y valores positivos- Adoptar valores culturales y tradicionales- Recibir tratamiento integral y a largo plazo (pacientes con trastornos mentales, enfermedad física o abuso de alcohol)- Disponer de sistemas de ayuda y recursos

Fuente GPC Prevención y tratamiento de la Conducta Suicida (avalia-t) (España)

Un concepto muy relacionado con los factores protectores es el de **resiliencia**; el cual hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas de afrontar con éxito o positivamente las situaciones estresantes. También se ha descrito como una capacidad, percepción o conjunto de creencias que protegen al sujeto del desarrollo de conducta suicida frente a factores de riesgo o estresores. Los factores protectores relacionados con la resiliencia que más se han asociado a la prevención de la conducta suicida son los siguientes:

- Capacidades y procesos cognitivos: el estilo atribucional tiene un papel central en la conducta suicida, de forma que si es positivo podría moderar el riesgo de suicidio; a esto puede sumarse la confianza del sujeto en la capacidad de solución de problemas.
- Creencias y actitudes: el alto nivel de autonomía podría ejercer una función preventiva; asimismo, otras variables que podrían estar implicadas y moderar el riesgo de suicidio son el apoyo social percibido, el apego y las creencias relacionadas con el suicidio.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Sin embargo, y a pesar de que fomentar la resiliencia es una de las bases de la prevención en salud mental, sobre todo en la infancia y adolescencia y en los mayores, generalmente el abordaje se centra en los factores de riesgo, siendo muy limitadas las acciones tendientes a la potenciación de factores protectores. (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Colombia 2017)

En relación a este último punto, es recomendable para los equipos de salud trabajar articulando con recursos locales o regionales que puedan devenir en factores protectores o preventivos, tales como: actividades en clubes barriales, actividades deportivas y/o al aire libre, talleres, el uso de la música y el arte como estrategia terapéutica entre otros.

B.) EVALUACIÓN DEL RIESGO ACTUAL

Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la **posible planificación** de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos:

- El **método** suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de disparo, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalará la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente. Es importante diferenciar la especificidad de la ideación. Por ejemplo, una ideación podría expresarse desde una forma menos específica como “*no sé cómo, pero lo voy a hacer*”, “*de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo*” a una forma más específica sobre el método cómo “*lo voy a hacer porque no merece la pena vivir, mañana me voy a asfixiar tragándome el humo del coche en el garaje cuando no haya nadie en casa*”.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

- La **circunstancia** o día concreto. Por ejemplo puede que espere a quedarse solo, postergue el momento para arreglar determinadas cuestiones como testamento, notas de despedida, etc.
- El **lugar**. Normalmente suelen ser lugares comunes y frecuentados por el sujeto (su casa, escuela, casas de familiares o amigos...).
- El **motivo principal para hacerlo** (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien...) y significado: esta pregunta es fundamental para poder orientar la posterior intervención. No se deben minimizar los motivos. Si la persona solo dice que le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de sus responsabilidades, de su malestar por un tiempo o si quiere terminar con su vida.

3RO. VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

Tan pronto como se detecte ideación suicida, se debe valorar el riesgo e intervenir, ya que la persona podría llevar a cabo su plan de forma inminente. Por tanto, si se estima que hay indicios de llevar a cabo suicidio, hay que valorar los riesgos hasta lograr un grado de precisión suficiente como para actuar de acuerdo con el árbol de decisiones que se presenta en el Plan de Control de Riesgo de suicidio. (Universidad Autónoma de Madrid (UAM), 2013) o siguiendo los lineamientos propuestos en la Guía de Intervención mhGAP.

*Ver Anexos: Escala Sad Parsons, Guía mhGAP.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

9.- ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS:

A.) ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS INMEDIATAS

a) Internación o permanencia en guardia o sala del hospital polivalente para observación. Evaluación por profesional de salud mental en un lapso no mayor a 48 hs. (dependiendo de la accesibilidad a la consulta con especialista). No se debe indicar derivación a institución monovalente de Salud Mental.

b) Alta Institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental.

Se podrá considerar la posibilidad de alta con indicación de 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.
- Evaluación del contexto familiar en cuanto a la calidad de los vínculos familiares, dinámica relacional y nivel de contención.
- Contingente y los referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado.
- Se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento.
- Puede garantizarse el seguimiento.
- Se dará de alta a la persona garantizando:
 - Turno asignado para Salud Mental. Se debe especificar fecha y hora del turno y nombre del profesional (dentro de los 7 días subsiguientes).
 - Acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012)

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

B.) ESTRATEGIA TERAPÉUTICA A MEDIANO PLAZO - EVALUACIÓN POSTERIOR POR EQUIPO DE SALUD MENTAL

- Evaluar la situación global y la existencia de riesgo en esta segunda instancia. Valorar los signos y los síntomas que no hayan sido evaluados por el estado físico de la persona (intoxicación, obnubilación de la conciencia, etc.), profundizando en aspectos del funcionamiento psíquico y en el efecto que ha producido la permanencia de la persona en observación.
- Considerar las modificaciones que pudieron o no haberse producido en ese breve lapso de tiempo, teniendo en cuenta:
 - Cambio de actitud o persistencia de conducta en relación al hecho.
 - Disminución de síntomas psíquicos relevados en la urgencia.
 - Respuesta al tratamiento farmacológico si fue indicado.
 - Contexto familiar que haya podido funcionar como continente.
 - Existencia de una red familiar y/o social ampliada que se haya conformado.
- Luego de realizar la evaluación específica, el equipo de salud mental determinará la persistencia, agravamiento o disminución del riesgo y diseñará una nueva estrategia de seguimiento inmediato y a corto plazo.
- En los casos de mayor gravedad no es esperable que la situación de riesgo se modifique en ese corto tiempo, con frecuencia la intervención del equipo de salud funciona como ordenadora tanto para la persona como para su familia. La institución puede comportarse como un marco de contención.
- Es fundamental el registro en el cuaderno naranja y en la historia clínica en donde conste lo actuado: diagnóstico, pronóstico, evolución, evaluación de riesgo, consentimiento informado y las razones que motivaron la estrategia. (pag...

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

B.1.) EN RELACIÓN AL ÁMBITO DE TRATAMIENTO

- Permanencia en el hospital general y seguimiento por la especialidad.
- Alta de internación y tratamiento ambulatorio de Salud Mental.
- Si no se pueden garantizar las condiciones de cuidado en la institución, se debe proceder a la derivación a otro hospital o clínica general que pueda garantizarlas, priorizando la cercanía geográfica.
- Si la persona está en seguimiento ambulatorio hay que ratificar dicha estrategia o indicar su internación si lo amerita.
- La estrategia de tratamiento ambulatorio incluye:
 - Tratamiento terapéutico individual.
 - Control de Salud Mental periódico y farmacológico si lo hubiere.
 - Entrevistas periódicas con el adulto conviviente a cargo y con otros referentes para la evaluación de la evolución de los síntomas presentes.
 - Entrevistas con el núcleo familiar, determinando el tipo de estrategia de intervención: entrevistas vinculares de todo el grupo familiar, con o sin inclusión del paciente, etc.
 - Seguimiento durante un plazo mínimo de 6 (seis) meses, debido al riesgo más inmediato de nuevos intentos.

B.2.) APOYO PSICOSOCIAL

Es importante implementar las estrategias necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento.

En relación a la indicación de evaluación de Salud Mental y eventual control farmacológico por especialista.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Realizar evaluación interdisciplinaria en el lapso determinado por los profesionales actuantes.

- Forma inmediata.
- Forma diferida (no más de una semana).

Establecer conexiones y estrategias conjuntas con otros referentes y ámbitos de inserción del usuario (institución escolar, religiosa, club, ambito laboral etc.) con el fin de activar el apoyo psicosocial y favorecer la continuidad y/o inclusión en sus ámbitos significativos.

Se recomienda:

a) El equipo de salud debe asesorar a los referentes, a los familiares, y al entorno cercano del usuario en su rol de cuidadores mientras persista el riesgo:

Restringir el acceso a métodos que puedan ser utilizados para auto agredirse mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

Preguntar directamente a la persona acerca del intento de suicidio a menudo reduce la ansiedad y permite que se pueda sentir aliviada y mejor comprendida.

Cuando los familiares o cuidadores se sientan frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

b) El equipo de salud debe ofrecer apoyo emocional a los familiares/cuidadores si lo necesitan. Estar al cuidado de una persona con riesgo de autolesión genera tensión psíquica.

c) Se recomienda prestar especial atención a la información brindada desde el ámbito educativo, contexto áulico, o de pares, en los cuales la manifestación de estos emergentes puede alertar sobre una situación de riesgo en el grupo de pertenencia.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

d) Fortalecer la articulación con las instancias administrativa y legal según corresponda: Organismos de protección de derechos del adolescente, organismos del ámbito judicial, etc.

e) Se propone complementar el enfoque tradicional de riesgo con la perspectiva de construcción de factores protectores, tanto en el propio sujeto como en su entorno:

Construir una red de sostén socio afectivo: coordinar el apoyo social de acuerdo a los recursos comunitarios disponibles, tanto informales (familiares, amigos, vecinos), como formales (líderes religiosos, maestros). Es fundamental la presencia de un adulto referente significativo, el afianzamiento de lazos afectivos y la inclusión en actividades sociales.

C.) INTERVENCIÓN DESPUÉS DE UN SUICIDIO: POSTVENCIÓN

La pérdida de un ser querido por suicidio es un hecho terrible, doloroso e inesperado. Puede ocasionar un dolor intenso que puede ser prolongado y que será diferente y único en cada persona que lo sufre. Se calcula que por cada caso, hay unas seis personas relacionadas que sufren las consecuencias morales y emocionales derivadas de estas situaciones.

Los afectados por un suicidio, se encuentran en muchas ocasiones con que las personas de su red social presentan actitudes negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio. Los tabúes y creencias religiosas así como la tendencia a evitar los temas relacionados con la muerte contribuyen a aislar y estigmatizar a estas personas. Si a esto se añade un escaso soporte social, nos encontramos con que existe un elevado riesgo de que presenten duelos complicados, depresión e incluso suicidio.

Lo mejor que se puede hacer es escuchar lo que lo que el afectado por un suicidio tiene para decir, sin crítica, prejuicios ni juicios de valor. Debido al estigma sobre el suicidio, los

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

afectados suelen ser reticentes a explicar su historia abiertamente y manifestar sus sentimientos.

La comunicación de los sentimientos es una parte importante en el proceso de elaboración del duelo. De manera que, también son necesarios la realización de talleres y grupos de reflexión que involucren a toda la comunidad afectada: por ej. Escuelas, clubes, ámbito laboral, etc.

C.1.) PROCEDIMIENTO PARA LA INTERVENCIÓN DE POSTVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA:

- Todo integrante del equipo del Servicio de Salud al recibir la información de un suicidio consumado en su población a cargo o zona de influencia, deberá comunicar al Profesional de Salud Mental dicho episodio.
- El equipo de Salud Mental que tomara conocimiento de alguna situación de riesgo suicida, deberá informar al Agente Sanitario que tiene a esa persona dentro de la población a su cargo, para prevenir un suicidio.
- En caso de suicidio consumado realizar la intervención de Postvención al grupo familiar de la persona fallecida, a cargo del Profesional de salud Mental del Servicio.
- Según las recomendaciones de la evidencia científica, se debe realizar a partir de las 48 a 72 horas posteriores de producido el suceso, a fin de resguardar la privacidad de la familia para la elaboración del duelo.
- Los familiares directos deben ser visitados por algún profesional del CAPS (Psicólogo, trabajador social, etc.) para realizar una evaluación de los integrantes del grupo familiar y

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

ofrecer asistencia psicológica a la persona que lo precise, según evaluación de factores de riesgo y protectores.

- En caso que algún familiar afectado no concurra a la entrevista acordada, el Agente Sanitario y/o el Trabajador Social se deberá acercar a la casa, a fin de conocer las razones del ausentismo y proponer nuevas estrategias debe llevar un nuevo turno a dicha familia.
- Durante la ronda sanitaria, el Agente de Salud deberá tener identificada a la familia, como una familia de riesgo, durante un periodo mínimo de seis meses, e informar al Psicólogo del Servicio sobre la situación de la misma.
- En caso que la familia afectada no acepte la ayuda ofrecida, se deberá contemplar seguir manteniendo la oferta de atención psicológica y priorizar los turnos a los mismos.
- Si durante la Postvención se toma conocimiento de la existencia de personas en situación de riesgo que pertenecen a la familia o al círculo de amigos, se debe realizar la atención pertinente desde Salud Mental.
- Si durante este proceso de postvención se detectan niños o adolescentes en riesgo, que pertenecen a instituciones educativas, se deberá trabajar intersectorialmente notificando por escrito al Servicio Acompañamiento Escolar Jujuy perteneciente a la Secretaría de Equidad Educativa y al Equipo Interdisciplinario de la zona, a fin de que se implementen acciones de contención en este ámbito.
- En caso de que el efector no disponga de atención en Salud Mental, se deberá informar la existencia de personas en situación de riesgo al Referente de Salud Mental de la Región que le corresponda, a fin de programarse la atención en otro servicio del área de responsabilidad o se contemple la derivación a otro nivel de atención.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

C.2.) RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR CONDUCTA SUICIDA:

Se sugiere a fin de garantizar la accesibilidad a tratamientos, que el efector disponga de turnos protegidos para la atención de urgencias, crisis y/o pacientes con riesgo suicida, según criterios especificados.

A fin de mejorar la continuidad de cuidados, en caso de interrupción del tratamiento indicado por el profesional, se sugiere realizar seguimiento del caso durante un período de 6 meses, a través de la visita domiciliaria del Agente Sanitario y el mantenimiento de la oferta de turno.

Deberá registrarse en la Historia Clínica del paciente las distintas acciones realizadas: evolución de tratamiento, visita domiciliaria, visita del Agente Sanitario, recomendaciones de cuidado a familiares, etc.

C.3.) APOYO A LOS NIÑOS DESPUÉS DE UN SUICIDIO. POSTVENCIÓN

Luego que ocurre un suicidio en una familia, la misma se encuentra en un estado de desolación y desconsuelo. Muchas veces en el intento de ser un sostén para sus hijos, los padres no muestran sus propios sentimientos. Es importante transmitirles a los niños que es bueno mostrar el sentimiento que se tiene y que las personas pueden demostrar y ayudar a la vez. Está bien llorar y expresar los sentimientos frente a los niños, los padres son un modelo fundamental, y si ellos muestran sus sentimientos habilitan a que sus hijos también lo hagan.

Los niños son muy vulnerables a los sentimientos de culpa y abandono. Es fundamental para ellos comprender que la muerte no es culpa suya y que hay alguien que se ocupará de

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

ellos. Es muy importante explicar la situación y contestar con veracidad a las preguntas de los niños con respuestas apropiadas para su edad.

Los niños manifiestan su dolor por medio de ansiedad, irritabilidad, tensión, problemas de concentración, puede volver a aparecer incontinencia de esfínteres. Pueden sentir temor cuando un adulto se ausente de la casa, ya que suelen estar preocupados con la idea de que alguien más pueda querer morir. Por todo esto, es muy importante explicarles cuanto tiempo alguien se va de la casa y a donde. De la misma manera, hay que tratar de mantener, en lo posible, las rutinas anteriores de los niños, ya que esto les va a dar mayor seguridad.

Tanto el velatorio como el funeral son importantes oportunidades para poder despedirse. Lo mejor es preguntarle al niño que desea hacer, pero no presionarlo. Si decide no ir es conveniente que se quede con alguien que pueda contenerlo. También puede haber otras maneras de despedirse como realizar un dibujo o escribir una carta.

Los abrazos y consuelos sinceros son los mejores soportes, es lo mejor que se puede dar a un niño en esos momentos. (SIPROSA, 2017)

10.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. La investigación ha mostrado que entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de éstos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un psiquiatra.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

En países donde los servicios de Salud Mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor.

Identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012)

EL PROBLEMA

Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000.

Una muerte cada 40 segundos. Cada 3 segundos alguien intenta morir en el mundo de manera intencional.

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial.

El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva.

El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

EL SUICIDIO Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

El suicidio es un acto individual; ocurre en el contexto de una sociedad dada y ciertos factores sociodemográficos se asocian con él.

*GÉNERO: En la mayoría de los países, más varones que mujeres cometen suicidio; la proporción varón/mujer varía de acuerdo con el país. China es el único país en el cual los suicidios femeninos sobrepasan en número a los masculinos en áreas rurales y son aproximadamente iguales a los suicidios masculinos en áreas urbanas.

*EDAD: Los grupos con edades mayores (por encima de 65 años) y menores (15- 30 años) sufren un aumento en el riesgo de suicidio. Datos recientes sugieren un aumento en las tasas de suicidio en varones de edad mediana.

*ESTADO CIVIL: Las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. El matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos del riesgo de suicidios, pero no es significativo para las mujeres. La separación marital y el vivir solo aumentan el riesgo de suicidio.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

*OCUPACIÓN: Ciertos grupos ocupacionales tales como cirujanos, veterinarios, farmaceutas, dentistas, granjeros y practicantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación obvia para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser las razones.

*DESEMPLEO: Existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja. Los efectos del desempleo están probablemente mediados por factores tales como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza. Por otro lado, es más probable que las personas con trastornos mentales carezcan de empleo que las personas con buena salud mental. A nivel de cualquier tasa se debe considerar la diferencia entre lo que significa haber perdido el empleo recientemente y estar desempleado desde hace tiempo: un mayor riesgo se asocia con el primero.

*RESIDENCIA RURAL/URBANA: En algunos países los suicidios son más frecuentes en áreas urbanas, mientras en otros ocurren con más frecuencia en áreas rurales.

*MIGRACIÓN: La migración, con sus problemas anexos de pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas, aumenta el riesgo de suicidio.

*OTROS: Ciertos factores sociales, tales como la pronta disponibilidad de medios para cometer suicidio y los acontecimientos estresantes juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio. (Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, 2014)

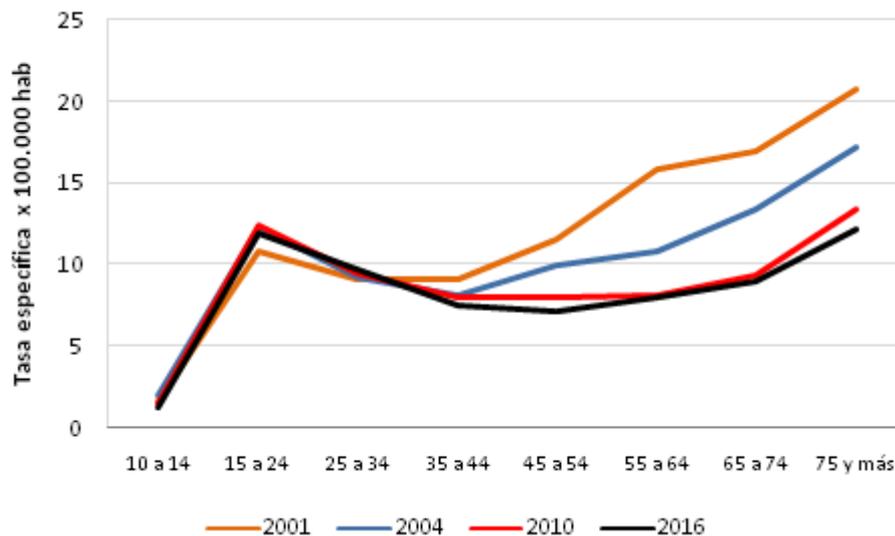
ESTUDIOS EN ARGENTINA (Dirección Nacional de Salud Mental, 2017)

Desde el año 2001 al 2016, ocurrieron en el país, 22134 suicidios de los cuales el 80.23 % fueron varones. Para el 2010 la tasa ajustada por 100.000 habitantes fue de 7.95 (IC95%

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

7.68-8.22) y para el 2016, de 7.07 (IC95% 6.82-7.32) Entre los años 2010 y 2016, la mortalidad por suicidio, en todas las edades, se ha manifestado estable, con leves descensos en los grupos de 45 a 54 años (8.05 y 7.20 respectivamente) y de 75 años y más (13.43 y 12.18 respectivamente). Entre los años 2001 y 2016, hubo un aumento de la tasa por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 24 años (10.71 y 11.98, respectivamente). Respecto a los adultos, este comportamiento fue inverso, las tasas en todos los grupos de edad, a partir de los 35 años se expresaron en disminución, principalmente desde los 45 años. Las mayores diferencias las presentan los grupo de 45 a 54; 55 a 74 y 75 y más años entre el 2001 y el 2016 (las diferencias fueron de 7.82; 7.94 y 8.55 puntos, respectivamente). Ver Gráfico 1 y Tabla 1.

Gráfico 1. Mortalidad por suicidios. Tasas por 100.000 habitantes de suicidios, según año y grupo de edad. Argentina, años 2001; 2004, 2010 y 2016.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE LA DEIS

Tabla 1. Mortalidad por suicidios. Tasas por 100.000 habitantes de suicidios, según año y grupo de edad. Argentina, años 2001; 2004, 2010 y 2016.



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Grupo de edad	2001	2004	2010	2016
10 a 14	1.55	1.95	1.47	1.25
15 a 24	10.71	12.35	12.44	11.98
25 a 34	9.03	9.27	9.51	9.67
35 a 44	9.05	8.09	8.01	7.51
45 a 54	11.54	10.01	8.05	7.20
55 a 64	15.82	10.83	8.10	8.00
65 a 74	16.90	13.37	9.34	8.96
75 y más	20.72	17.22	13.43	12.18

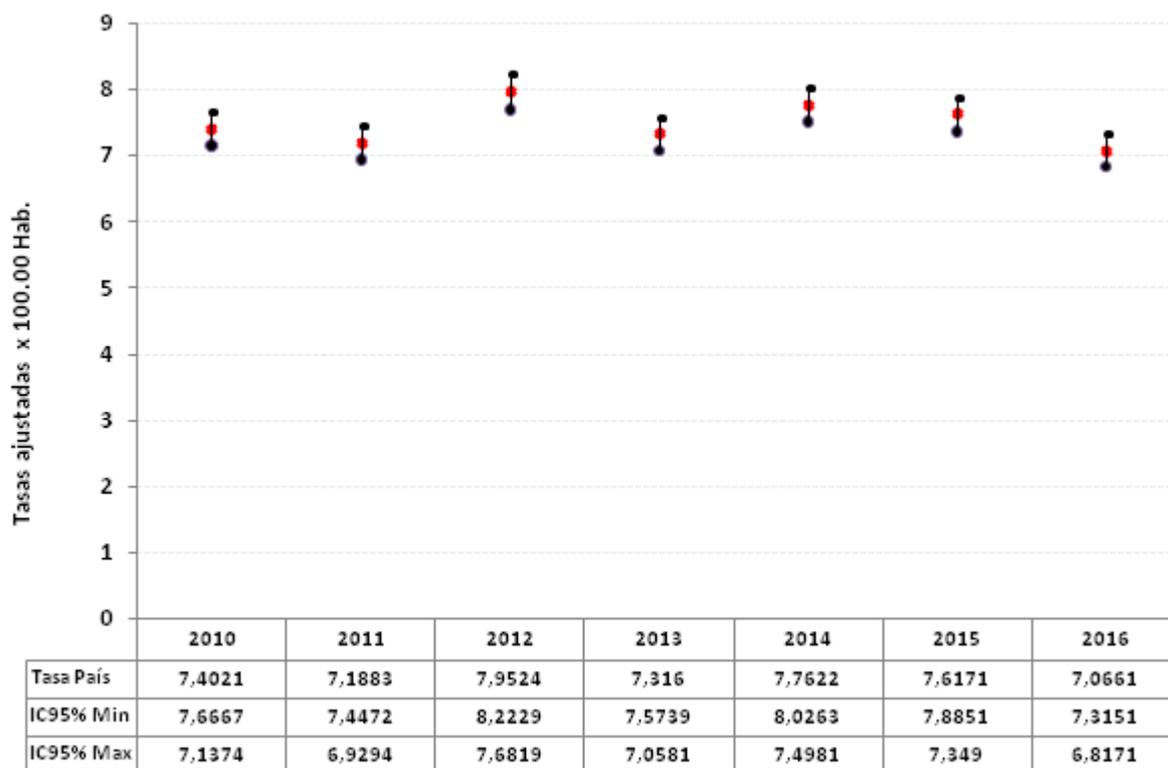
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE LA DEIS E INDEC

En el año 2016, los suicidios presentaron una tasa ajustada de 7,07 por 100.000 habitantes (tasa bruta=7.4 por 100.000 habitantes; N= 3139), representando una reducción del 17% respecto del año anterior.



“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Gráfico 2 Mortalidad por suicidios. Tasas ajustadas por 100.000 habitantes. Argentina, serie 2010-2016.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE LA DEIS E INDEC

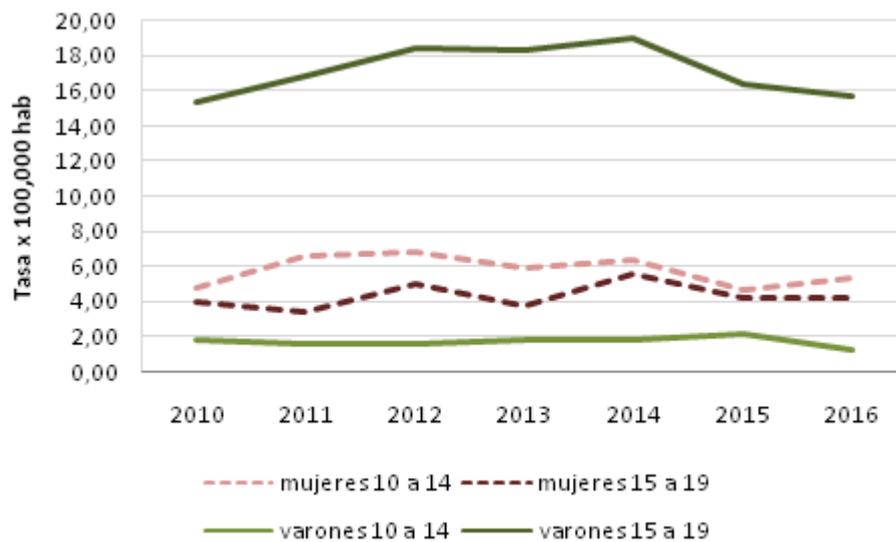
Respecto de la población adolescente, entre los años 2010 y 2016, se observa en los varones una gran diferencia entre los de 15 a 19 años, respecto de los de 10 a 14 años. Esta diferencia se mantiene estable a lo largo de todos los años estudiados. En el año 2016, los varones de 10 a 14 años alcanzan una tasa específica de 1.28 suicidios cada 100.000 habitantes, mientras que el grupo mayor (15 a 19 años) presentó una tasa de 15.71 cada 100.000 habitantes.

Las mujeres adolescentes presentan tasa específicas por 100.000 habitantes más cercanas en estos dos grupos de edad, mostrando, a diferencia de los varones, que en todos

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

los años aquellas entre 10 a 14 años presentaron tasas mayores que las de 15 a 19 años. La mayor diferencia se presenta en el año 2011 (6.68 y 3.42 respectivamente). Ver Gráfico 2.

Gráfico 3. Mortalidad por suicidio en adolescentes. Tasa por 100.000 habitantes, según grupo de edad y sexo. Argentina serie 2010-2016.



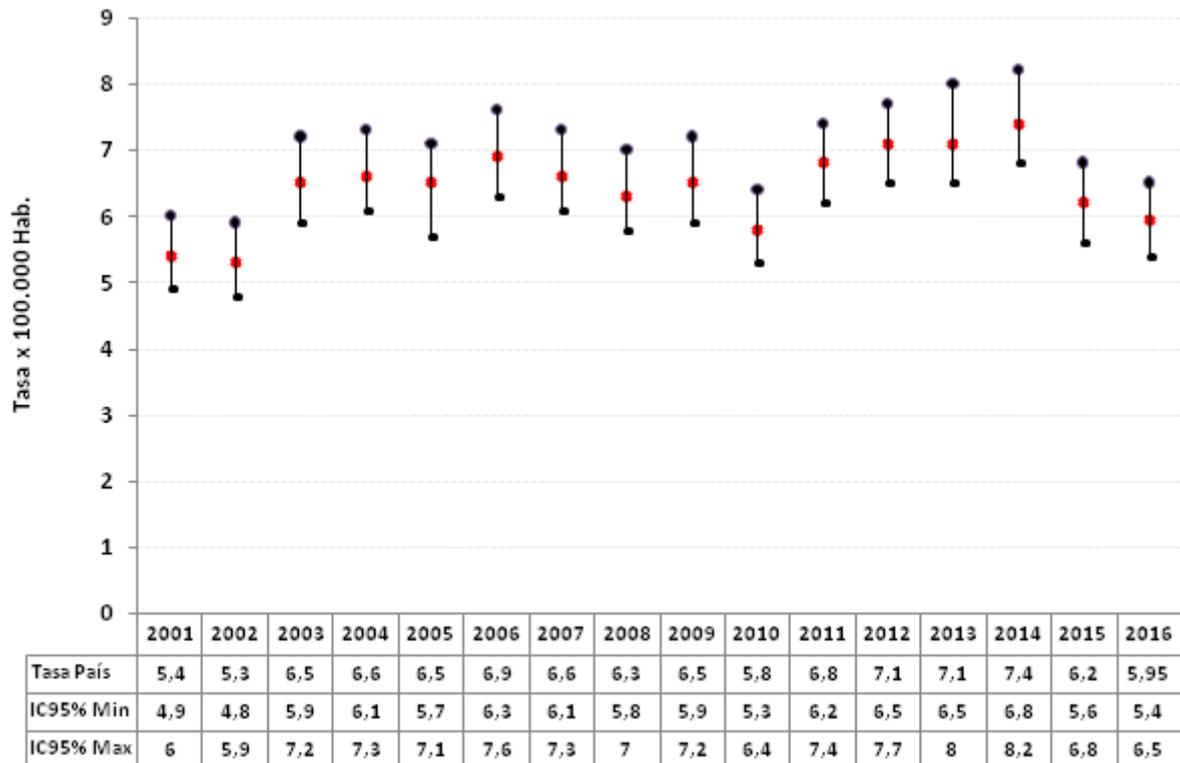
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE LA DEIS E INDEC

La Tasa de suicidios en adolescentes ha presentado un pico entre los años 2012 y 2014 (7.1; 7.1 y 7.4 respectivamente) comportándose luego en descenso hasta el 2016 que alcanzó una tasa de 5.95 (IC95% 5.4-6.5)



“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Gráfico 4. Suicidio en adolescentes de 10 a 19 años. Tasa por 100.000 habitantes con IC95%. Argentina, serie 2001-2016



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE LA DEIS E INDEC

Las provincias con mayores tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en el año 2016 son Catamarca, Tierra del Fuego, Jujuy, Salta y La Pampa (12,6; 12,0 y 11,8 respectivamente). Ver Tabla 2.



“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Tabla 2. Mortalidad por suicidios según provincia. Tasa ajustada por 100.000 habitantes, IC95%. Argentina, año 2016.

POBLACIÓN	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	IC95%	
PAÍS	7,1	7,07	6,82	7,32
BUENOS AIRES	7,25	7,16	6,76	7,57
CABA	0,59	0,53	0,28	0,77
CATAMARCA	14,48	14,19	10,52	17,86
CHACO	4,93	4,89	3,61	6,17
CHUBUT	7,27	7,3	5,07	9,53
CÓRDOBA	4,08	3,94	3,3	4,57
CORRIENTES	6,66	6,78	5,21	8,36
ENTRE RÍOS	11,99	11,8	9,97	13,63
FORMOSA	7,01	6,63	4,58	8,69
JUJUY	12,9	12,77	10,19	15,36
LA PAMPA	12,42	11,95	8,37	15,54



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

LA RIOJA	6,17	6,14	3,6	8,67
MENDOZA	8,81	8,79	7,46	10,12
MISIONES	8,47	9,2	7,39	11,02
NEUQUÉN	11,93	11,99	9,27	17,72
RÍO NEGRO	5,64	5,7	3,93	7,47
SALTA	12,28	12,23	10,35	14,11
SAN JUAN	5,89	5,92	4,17	7,68
SAN LUIS	4,76	4,74	2,8	6,68
SANTA CRUZ	6,68	7,55	4,22	10,87
SANTA FE	5,81	5,69	4,9	6,49
SGO. DEL ESTERO	7,25	7,05	5,36	8,74
T. DEL FUEGO	14,2	13,98	8,24	19,72

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE LA DEIS E INDEC

La mortalidad por suicidios se ha comportado en disminución desde el año 2001 hasta el 2016. En consonancia con datos internacionales, los varones representan la mayor proporción de los casos. El grupo de edad que más presentó crecimiento en la tasa de suicidio fue el de 15 a 24 años y los adultos desde 35 años disminuyeron su presencia. Los adultos

SECRETARIA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES
MINISTERIO DE SALUD

Tel: 0388-4245541 - Dirección: Independencia esq. Av. Italia – CP 4600

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

entre 55 a 64 años presentaron la mayor brecha entre el 2001 y el 2016, aunque todos los grupos de adultos presentaron reducciones relevantes en las tasas. Las provincias con mayores tasas de mortalidad por suicidio en el año 2016 fueron Catamarca, Tierra del Fuego, Jujuy, Salta y La Pampa

Los adolescentes se comportaron con mayor presencia hasta el año 2014, luego disminuyeron la tasa aproximadamente 1 punto y medio. Entre los varones adolescentes, se destacan ampliamente los que tienen entre 15 a 19 años en todos los años estudiados. Las mujeres adolescentes presentan tasas de suicidio inferiores y más homogéneas entre los 10 y los 19 años.

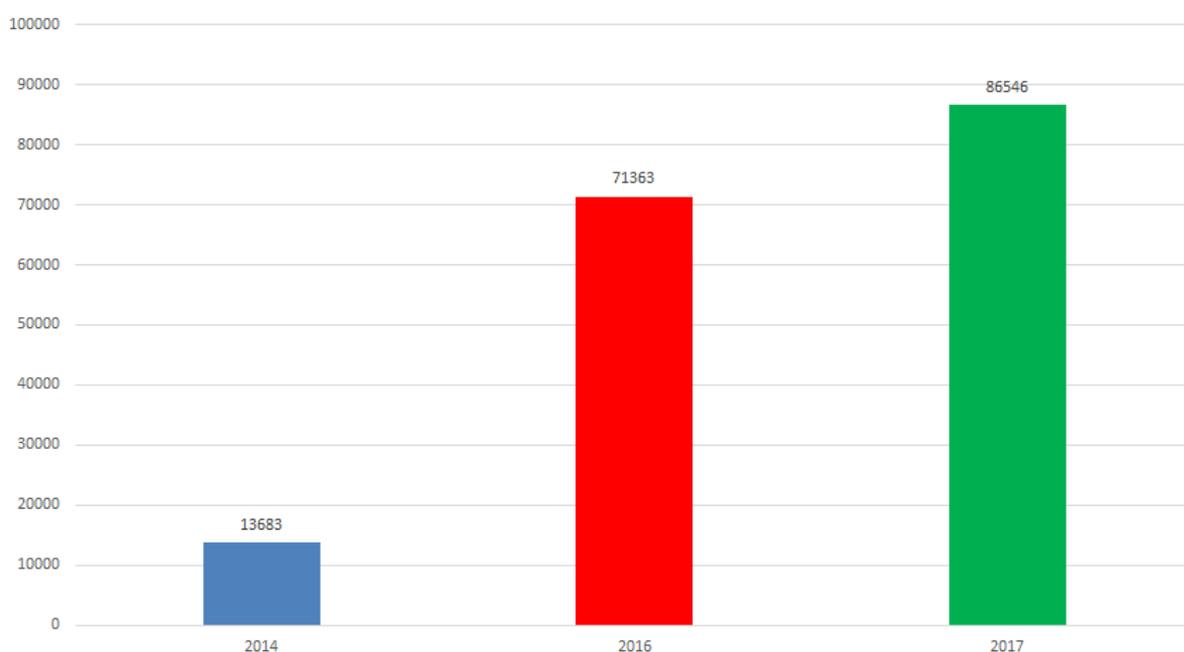
EPIDEMIOLOGÍA EN LA PROVINCIA DE JUJUY:

Los datos y gráficos que se presentan a continuación, reflejan en un periodo aproximado de 4 (cuatro) años desde 2014 a 2017 inclusive, las demandas recibidas en el Sistema de Salud Mental en nuestra Provincia; asimismo, se busca hacer hincapié en los motivos de dichas consultas, la respuesta a las mismas en las diferentes regiones, y específicamente la incidencia de las conductas de riesgo suicida como uno de los principales motivos de consulta y seguimiento en los últimos años.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Gráfico 1.

Motivos de Consulta SMyA Provincia de Jujuy para los años 2014, 2016 y 2017 – Fuente: Departamento de Bioestadística.



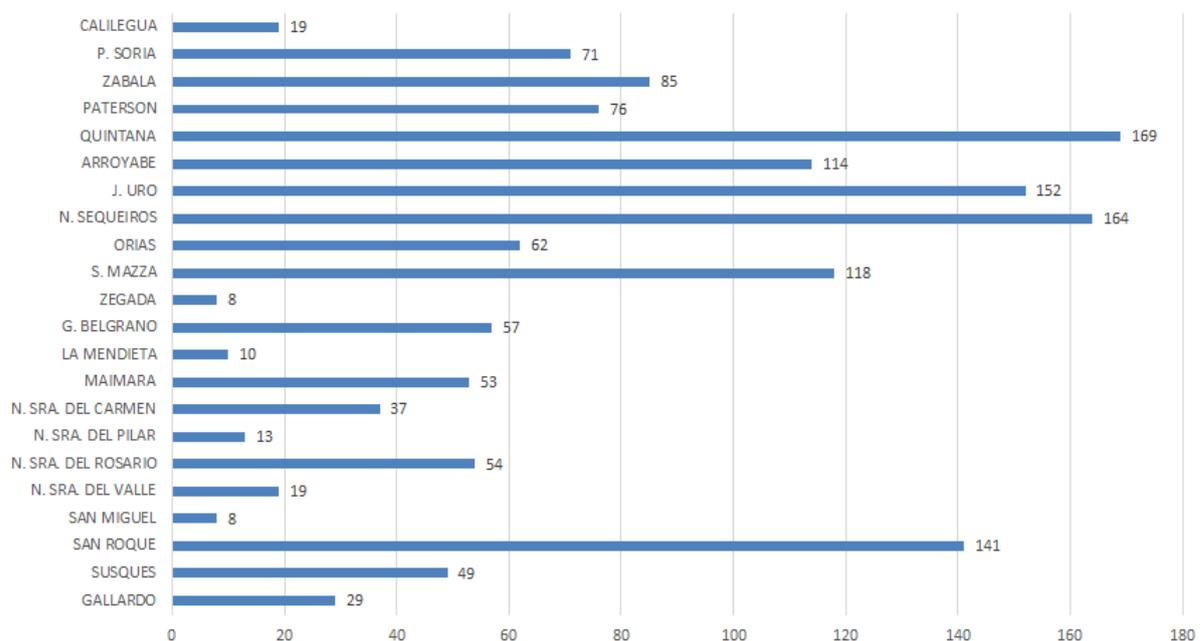


Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Gráfico 2.

Motivos de Consulta Egresos SMyA Provincia de Jujuy para el año 2016
– Fuente: Departamento de Bioestadística. Datos Provisorios

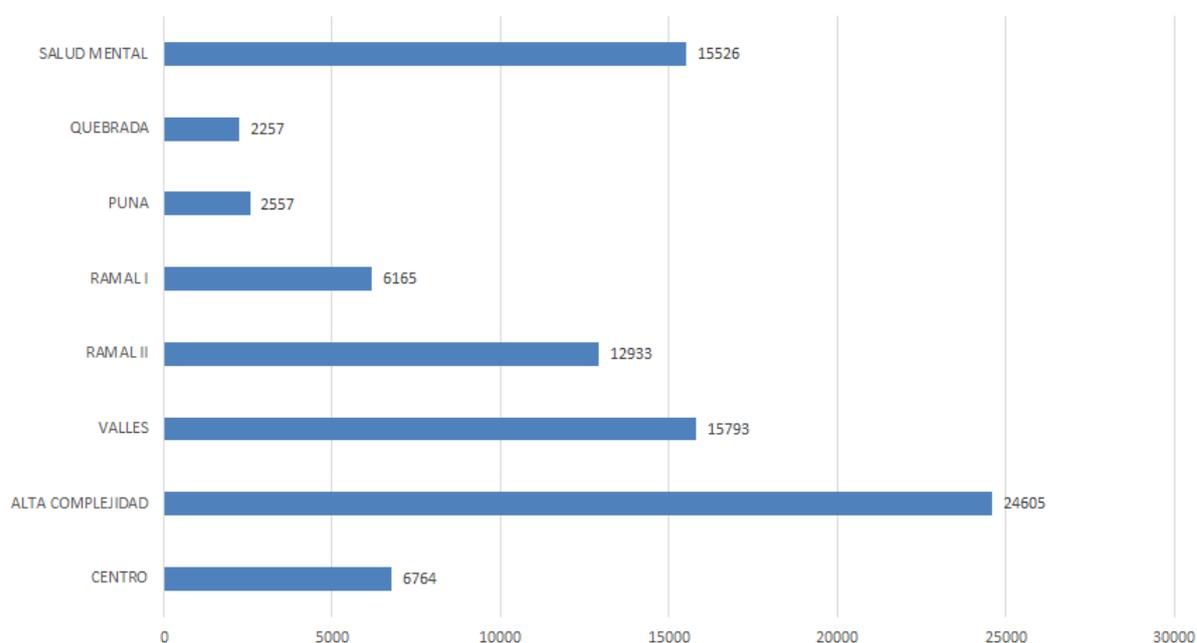




“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Gráfico 3.

Consultas Ambulatorias por Salud Mental y Adicciones por Región Sanitaria en la Provincia de Jujuy para el año 2017 (Departamento de Bioestadística, Datos Provisorios 2017). Incluye códigos Z.

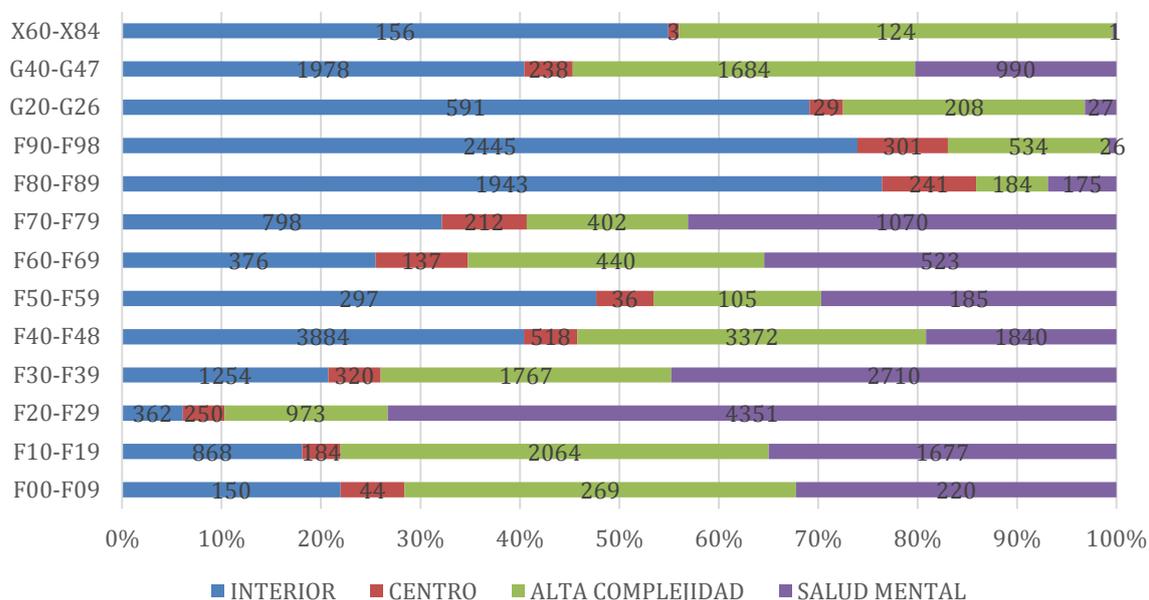


* ALTA COMPLEJIDAD: Hospital P. Soria, H. Quintana y San Roque, SALUD MENTAL: Hospital N. Sequeiros y V. Arroyabe, CENTRO DE ESPECIALIDADES: C. Alvarado y H. Snopek, VALLES: Hospital Zabala, N. Sra. Del Carmen, Gallardo, Monterrico. RAMAL I: Hospital G. Paterson, La Mendieta, E. Zegada, N. Sra. Del Valle RAMAL II: Hospital O. Orias, Calilegua, San Miguel, y N. Sra. Del Pilar. PUNA: J. Uro, N. Sra. Del Rosario, N. Sra. De Belén. QUEBRADA: Hospital S. Mazza, Gral. Belgrano, Maimará, N. Sra. De la Buena Esperanza.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Gráfico 4.

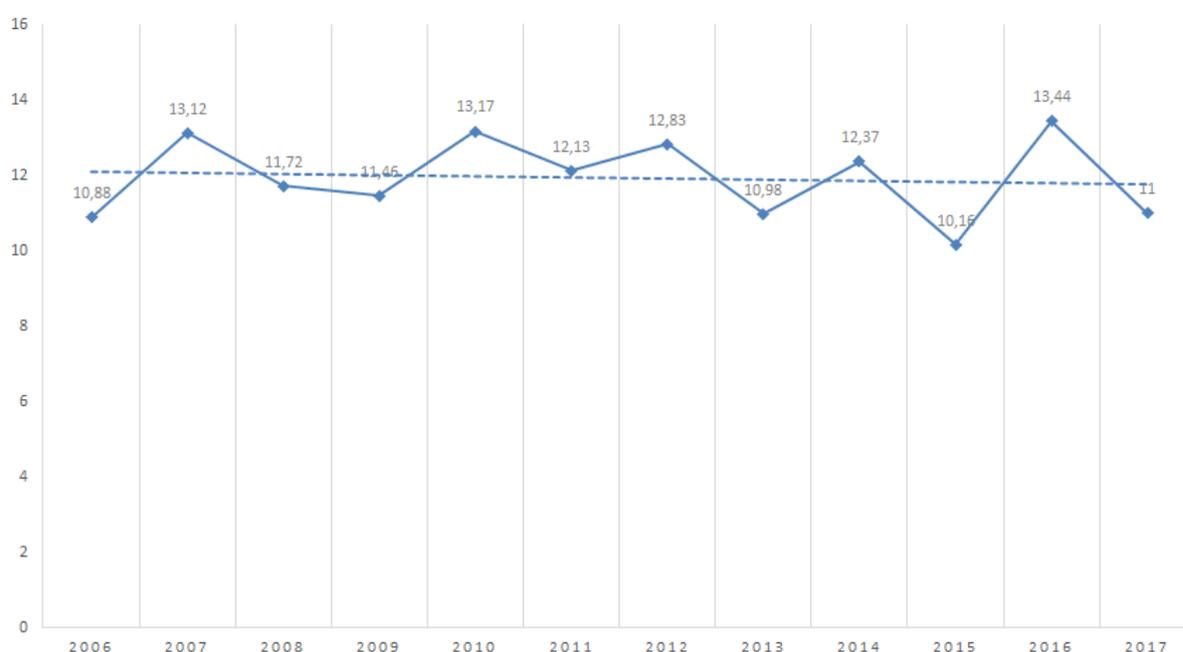
Motivos de Consulta por T. Mentales y del Comportamiento de Consultas Ambulatorias por Salud Mental y Adicciones para las Regiones Sanitarias de la Provincia de Jujuy para el año 2017 (Departamento de Bioestadística, Datos Provisorios 2017).



* ALTA COMPLEJIDAD: Hospital P. Soria, H. Quintana y San Roque, SALUD MENTAL: Hospital N. Sequeiros y V. Arroyabe, CENTRO DE ESPECIALIDADES: C. Alvarado y H. Snopek, VALLES: Hospital Zabala, N. Sra. Del Carmen, Gallardo, Monterrico. RAMAL I: Hospital G. Paterson, La Mendieta, E. Zegada. RAMAL II: Hospital O. Orias, Calilegua, San Miguel, N. Sra. Del Valle y N. Sra. Del Pilar. PUNA: J. Uro, N. Sra. Del Rosario, N. Sra. De Belén. QUEBRADA: Hospital S. Mazza, Gral. Belgrano, Maimará, N. Sra. De la Buena Esperanza.

Gráfico 5.

Gráfico de Tendencia basado en las Tasas Provinciales Anuales de Suicidio por 100.000 personas (Departamento de Bioestadística 2017)



Cabe destacar, de acuerdo a las estadísticas publicadas por el departamento Provincial de Bioestadística en el Archivo de Estadísticas Vitales, que se han registrado un total de 490 suicidios en la Provincia de Jujuy en el periodo comprendido entre los años 2011 y 2016 (inclusive). De estos, un 74,69% corresponde a hombres (366 casos) y un 25,31% a mujeres (124 casos).



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Tabla 1. Tasas de Suicidio en Jujuy, serie 2001-2016

Cantidad de Suicidios/Población								
Departamento	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Años Relevados - Tasa Promedio Anual
Dr. Manuel Belgrano	35/273.067	28/277.070	32/281.080	28/285.090	29/289.087	35/293.073	297.051	6 -11,01%
Tasa x 100.000 habitantes	12,81	10,1	11,38	9,82	10,03	11,94		
El Carmen	5/100.146	9/101.941	4/103.748	4/105.566	5/107.391	8/109.222	111.058	6- 5,57%
Tasa x 100.000 habitantes	4,99	8,82	3,85	3,78	4,65	7,32		
Palpalá	3/54.110	3/54.782	7/55.453	1/56.120	7/56.784	10/57.441	58.093	6- 9,19%
Tasa x 100.000 habitantes	5,54	5,48	12,62	1,78	12,33	17,41		
San Antonio	1/4.628	4.739	1/4.852	4.966	5.082	1/5.200	5.318	3- 2,04%
Tasa x 10.000 habitantes	2,16		2,06			1,92		
Ledesma	7/83.841	6/84.506	10/85.161	14/85.803	9/86.431	11/87.042	87.639	6 - 11,09%
Tasa x 100.000 habitantes	8,35	7,1	11,74	16,32	10,41	12,64		
San Pedro	11/76.907	12/77.509	5/78.101	12/78.682	3/79.249	5/79.801	80.338	6 -10,24%
Tasa x 100.000 habitantes	14,3	15,48	6,4	15,25	3,78	6,26		
Santa Bárbara	2/18.161	1/18.280	18.395	6/18.507	2/18.617	4/18.722	18.824	5 – 1,62%
Tasa x 10.000 habitantes	1,1	0,55		3,24	1,07	2,14		
Valle Grande	2.509	1/2.523	1/2.536	1/2.550	2.563	2.575	2.587	3 – 3,94%
Tasa x 10.000 habitantes		3,96	3,94	3,92				
Humahuaca	1/17.780	6/17.896	1/18.008	4/18.117	5/18.222	6/18.324	18.423	6- 2,11%
Tasa x 10.000 habitantes	0,56	3,35	0,55	2,2	2,74	3,27		
Tilcara	3/12.777	3/13.057	7/13.341	2/13.629	5/13.918	4/14.211	14.508	6- 2,96%
Tasa x 10.000 habitantes	2,35	2,3	5,25	1,47	3,59	2,81		
Tumbaya	1/4.765	3/4.789	1/4.813	1/4.835	1/4.857	3/4.877	4.897	6- 3,45%
Tasa x 10.000 habitantes	2,1	6,26	2,08	2,07	2,06	6,15		
Cochinoca	3/12.955	7/13.036	2/13.114	3/13.190	13.265	4/13.336	13.405	5- 2,89%
Tasa x 10.000 habitantes	2,31	5,37	1,52	2,27		3		
Susques	2/3.885	3/3.915	3.943	3.972	4.000	1/4.027	4.053	3-



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

Tasa x 10.000 habitantes	5,15	7,66				2,48		5,10%
Santa Catalina	2.840	1/2.816	2.791	2/2.766	1/2.741	2.721	2.695	3-
Tasa x 10.000 habitantes		3,55		7,23	3,65			4,81%
Rinconada	2.565	2.597	2.634	2.670	2.709	1/2.748	2.784	1-
Tasa x 10.000 habitantes						3,64		3,64%
Yavi	6/21.443	4/21.796	3/22.151	5/22.508	5/22.864	1/23.222	23.579	6-
Tasa x 10.000 habitantes	2,8	1,83	1,35	2,22	2,19	0,43		1,80%

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

11.- GLOSARIO:

Para poder comprender y definir todo lo que suponen las conductas de riesgo, autolesivas y el suicidio, resulta necesario ahondar en conceptos claves tales como:

Espectro de suicidabilidad

- *Ideación suicida*: pensamiento de acabar con la propia existencia. Puede manifestarse con o sin ningún método específico
- *Planificación suicida*: proyecto concreto que incluye: como, cuando , donde realizarlo; es un elemento de gran peligrosidad
- *Intento de suicidio*: comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida.
- *Suicidio intencional consumado*: cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte
- Amenaza suicida, conductas autolesiva y tendencia suicida.
- Un acto de autolesión sin intención suicida es auto-agredirse de forma deliberada, ejemplo; auto-agredirse con un cuchillo.
- Un intento suicida es un acto de autolesión con intención suicida pero que no resulta en la muerte.

Ambos se deben considerar muy seriamente porque son factores de riesgo para un suicidio en el futuro.



12.- ANEXOS

A.) Escala de Evaluación Sad Parsons

EVALUACIÓN SAD PARSONS

	SI	NO
Varón		
Menor de 19 o mayor de 45 años		
Depresión		
Intentos de suicidios previos		
Abuso de alcohol		
Trastornos cognitivos		
Bajo soporte social		
Plan organizado de suicidio		
Ausencia pareja estable		
Enfermedad somática		

PUNTAJE:

Cada ítem registrado como Sí equivale a 1 punto

- SAD PARSONS < 5: Observación, seguimiento ambulatorio.
- SAD PARSONS > 5: Determinar riesgo moderado o alto. El

Observación: El riesgo cierto e inminente actual de moderado a grave por sí solo se considera motivo de internación.

• Siente que la vida no vale la pena • Seguimiento ambulatorio

• Considera el suicidio • Observación 24 a 48 hs • Evaluación de S.M. (Equipo disponible más cercano)

• Planea o intenta el suicidio • Derivación Guardia de Salud Mental
--



B.) Guía de Intervención MHGAP VERSIÓN 2.0 (Junio 2018)

AUTOLESIÓN/SUICIDIO

El suicidio es el acto de quitarse la vida deliberadamente. La autolesión es un término más amplio que se refiere al envenenamiento o a la lesión autoinfligida intencional, que puede o no tener una intención o resultado fatal. A toda persona de 10 años de edad o más que presente alguna de las siguientes afecciones se les debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes, y sobre actos de autolesión en el último año:

- » Cualquiera de los trastornos MNS prioritarios.
Vea el “Esquema principal” (EP)
- » Dolor crónico
- » Alteraciones emocionales agudas

Analice la presencia de pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y posteriormente de forma periódica, según sea necesario. Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.

CONSEJO CLÍNICO:

Las preguntas sobre autolesiones NO provocan actos de autolesión. A menudo reducen la ansiedad asociada con los pensamientos o los actos de autolesión y ayudan a que la persona se sienta comprendida. Sin embargo, trate de establecer una relación con la persona antes de hacerle preguntas acerca de la autolesión. Pida a la persona que explique cuáles son sus razones para causarse daño.

SUI » Panorama breve



EVALUACIÓN

- » Indague si la persona ha intentado un acto médicamente grave de autolesión.
- » Evalúe si existe un riesgo inminente de autolesión/suicidio.
- » Investigue si está presente alguno de los trastornos MNS prioritarios.
- » Determine si hay dolor crónico.
- » Evalúe la gravedad de los síntomas emocionales.



MANEJO

- » **Protocolos de manejo**
 1. Acto médicamente grave de autolesión
 2. Riesgo inminente de autolesión/suicidio
 3. Riesgo de autolesión/suicidio
- » **Tratamiento general e intervenciones psicosociales**



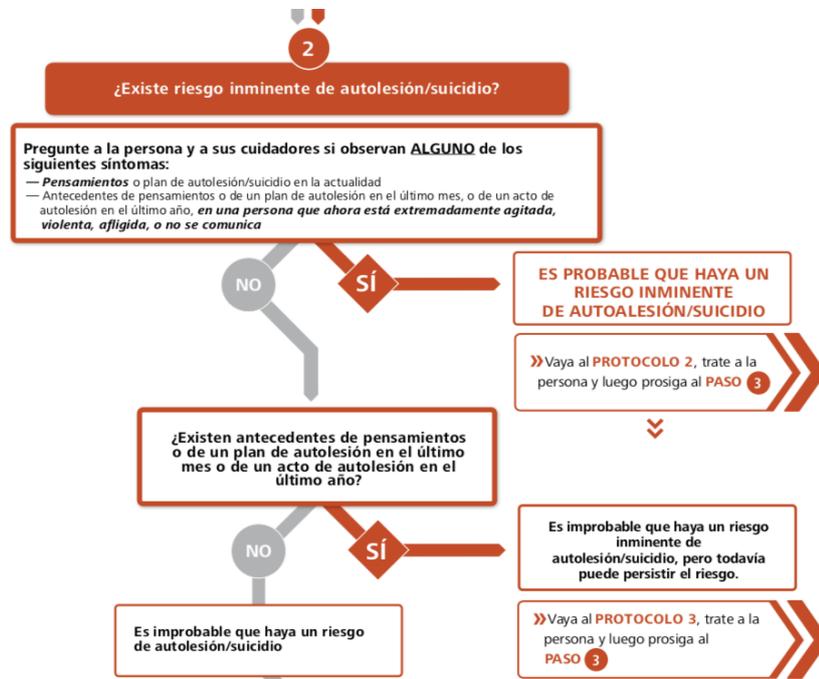
SEGUIMIENTO



SUI 1 » Evaluación

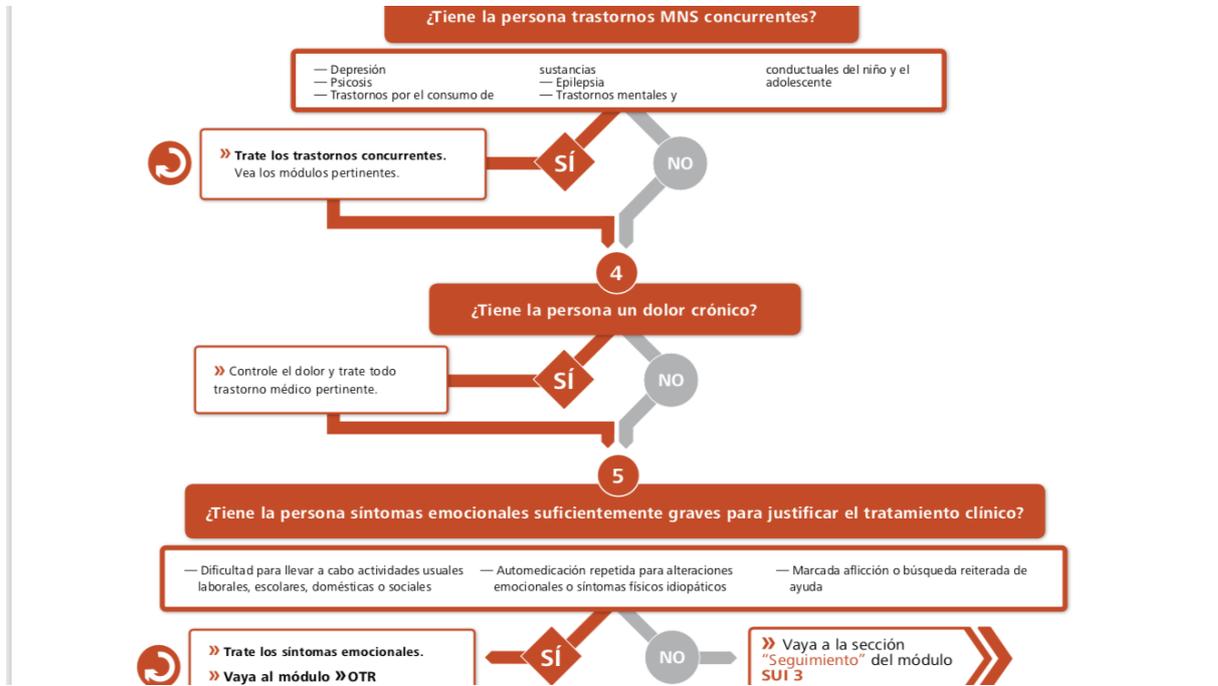
EVALÚE LA POSIBILIDAD DE AUTOLESIÓN/SUICIDIO SI LA PERSONA PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Desesperanza y desesperación extremas, pensamientos/planes/actos del presente o pasados de autolesión o suicidio, actos de autolesión con signos de envenenamiento o intoxicación, hemorragia por heridas autoinfligidas, pérdida del conocimiento o letargo extremo
- Alguno de los trastornos MNS prioritarios, dolor crónico o alteraciones emocionales graves





“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”



SUI 2 » Manejo

PROTOCOLO 1	PROTOCOLO 2	PROTOCOLO 3
<p>Acto médicamente grave de autolesión</p> <p>» En todos los casos: Coloque a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud.</p> <p>» NO deje sola a la persona.</p> <p>» Trate médicamente la lesión o la intoxicación. Si hay intoxicación aguda con plaguicidas, siga las indicaciones de la sección "Tratamiento de la intoxicación con plaguicidas". (2.1)</p> <p>» Si se requiere hospitalización, continúe monitoreando estrechamente a la persona para prevenir el suicidio.</p> <p>» Cuide a la persona con autolesión. (2.2)</p> <p>» Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3)</p> <p>» Ofrézcales apoyo a los cuidadores. (2.4)</p> <p>» Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.</p> <p>» Mantenga contacto regular y seguimiento periódico.</p>	<p>Riesgo inminente de autolesión/suicidio</p> <p>» Elimine los medios de autolesión/suicidio.</p> <p>» Cree un entorno seguro y propicio; si es posible, ofrezca un área tranquila y separada para esperar el tratamiento.</p> <p>» NO deje sola a la persona.</p> <p>» Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.</p> <p>» Atienda el estado mental y la alteración emocional.</p> <p>» Proporcione psicoeducación a la persona y a sus cuidadores. (2.5)</p> <p>» Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3)</p> <p>» Ofrézcales apoyo a los cuidadores. (2.4)</p> <p>» Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.</p> <p>» Mantenga contacto regular y seguimiento periódico.</p>	<p>Riesgo de autolesión/suicidio</p> <p>» Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3)</p> <p>» Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.</p> <p>» Mantenga contacto regular y seguimiento periódico.</p>



“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

2.1 Tratamiento de la intoxicación con plaguicidas

- » Si el establecimiento de atención de salud dispone de un conjunto mínimo de capacidades y recursos, trate al paciente usando el documento de la OMS, Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication (Manejo clínico de la intoxicación aguda con plaguicidas) http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en/, en inglés.

De lo contrario, transfiera a la persona de inmediato a un establecimiento de salud que tenga los siguientes recursos:

- habilidades y conocimientos sobre cómo reanimar a las personas y evaluar para determinar las características clínicas de la intoxicación por plaguicidas;
 - capacidad y conocimientos para tratar las vías respiratorias; en particular, para intubar y prestar apoyo respiratorio hasta que se pueda colocar un respirador;
 - atropina y medios para su administración intravenosa si se presentan signos de intoxicación colinérgica; y
 - diazepam y medios para su administración intravenosa si la persona presenta crisis convulsivas.
- » Considere la posibilidad de administrar carbón activado si la persona está consciente, si da su consentimiento fundamentado y se presenta para la atención una hora después de la intoxicación.
- » No se recomienda la emesis forzada.
 - » ⚠ No se deben dar líquidos por vía oral.

2.2 Atención a la persona con autolesión

- » Coloque a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud (⚠ no la deje sola). Si la persona debe esperar el tratamiento, ofrezca un ambiente que reduzca al mínimo el malestar; si es posible, colóquela en un área separada y tranquila, bajo supervisión constante y en contacto con un miembro designado del personal o un familiar para garantizar su seguridad en todo momento.
- » Elimine el acceso a medios de autolesión.
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible. 🧑
- » Movlice a la familia, los amigos y otras personas pertinentes o a los recursos de la comunidad disponibles para supervisar y apoyar a la persona durante el periodo de riesgo inminente (vea la sección “Ofrezca y active el apoyo psicosocial”). (2.3)
- » Trate a las personas con autolesión con la misma atención, el respeto y la privacidad otorgados a otras personas y sea sensible al sufrimiento emocional asociado con la autolesión.
- » Incluya a los cuidadores si la persona desea su apoyo durante la evaluación y el tratamiento; si es posible, la evaluación psicosocial debe incluir una entrevista personal entre la persona y el trabajador de salud para abordar temas privados.
- » Preste apoyo emocional a los miembros de la familia y los cuidadores, si lo necesitan. (2.4)

- » Vele por la continuidad de la atención.

- » Para la prevención de la autolesión, no se recomienda la hospitalización en servicios no psiquiátricos de un hospital general. Sin embargo, si el ingreso a un hospital general (no psiquiátrico) es necesario para el manejo de las consecuencias médicas de la autolesión, supervise a la persona estrechamente para prevenir otra autolesión mientras está en el hospital.

» Si receta medicamentos:

- Vea en los módulos pertinentes de la GI-mhGAP las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de trastornos concurrentes.
- Use medicamentos que sean menos peligrosos en caso de una sobredosis intencional.
- Entregue prescripciones para períodos breves (por ejemplo, para una semana por vez).

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES 🧑

2.3 Ofrezca y active el apoyo psicosocial

» Brinde apoyo a la persona

- Investigue las razones y las formas para permanecer con vida.
- Concéntrese en los puntos fuertes de la persona y alíentela a hablar sobre cómo se resolvieron problemas anteriores.
- Si cuenta con recursos humanos suficientes, considere la orientación para la resolución de problemas para ayudar a las personas que han cometido actos de autolesión en el último año. Vaya a “Atención y prácticas esenciales de salud” »APE

» Active el apoyo psicosocial

- Movlice a la familia, los amigos, personas interesadas y otros recursos disponibles para garantizar que se vigila estrechamente a la persona mientras persista el riesgo de autolesión/suicidio.
- Recomiende a la persona y los cuidadores que restrinjan el acceso a medios de autolesión/suicidio (por ejemplo, sustancias plaguicidas o tóxicas, medicamentos de prescripción, armas de fuego, etc.) cuando la persona tiene pensamientos o planes de autolesión/suicidio.
- Optimice el apoyo social de los recursos disponibles en la

comunidad. Estos incluyen recursos informales, como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos; o recursos formales de la comunidad, si los hay, como los centros de crisis y centros locales de salud mental.

2.4 Apoyo a los cuidadores

- » Informe a los cuidadores y los miembros de la familia que preguntan acerca del suicidio a menudo ayudará a la persona a sentirse aliviada, menos ansiosa y mejor comprendida.
- » Los cuidadores y los familiares de las personas en riesgo de autolesión con frecuencia presentan estrés grave. Présteles apoyo emocional si lo necesitan.
- » Informe a los cuidadores que, aunque puedan sentirse frustrados con la persona, deben evitar manifestar hostilidad y críticas severas hacia la persona vulnerable en riesgo de cometer autolesión/suicidio.

2.5 Psicoeducación

» Mensajes fundamentales para la persona y los cuidadores

- Si tiene pensamientos de autolesión/suicidio, busque ayuda de inmediato recurriendo a un familiar confiable, un amigo o un prestador de atención de salud.
- Está bien hablar del suicidio. Hablar del suicidio no provoca el acto de suicidio.
- Los suicidios son prevenibles.
- Tener un episodio de autolesión/suicidio es un indicador de sufrimiento emocional grave. La persona no ve una opción o una solución. Por consiguiente, es importante hacerle llegar a la persona apoyo inmediato para afrontar los problemas emocionales y los factores estresantes.
- Se deben retirar del hogar los medios de autolesión (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, medicamentos).
- La red de relaciones sociales, que incluye a la familia y otras personas pertinentes, es importante para proporcionar apoyo social.



C.) Notificación obligatoria:

En cualquiera de los casos la Notificación debe realizarse a la SECRETARÍA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE FORMA INMEDIATA (Max 24 hs.):

*HOSPITALES DE CABECERA, vía dirección ejecutiva.

*HOSPITALES GENERALES Y CAPS vía directores regionales ejecutivos.

La misma reviste carácter de OBLIGATORIO.

Asimismo, en todos los casos se deberá *COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:*

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

- Nombre y apellido
- DNI
- Edad
- Dirección
- Barrio
- Teléfono
- Nombre de referente familiar o social
- Teléfono del Referente
- Dirección de Referente
- Descripción de riesgo (leve, moderado, grave)
- Primera vez/ulterior
- Antecedentes familiares de suicidio:
- Intervención realizada
- Diagnóstico CIE 10
- Tratamiento propuesto
- Responsable del seguimiento (designado por el director regional)



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

D.) Consentimiento Informado y Ficha de Seguimiento:

Fecha:	Validez del contrato hasta la fecha:
Yo (Nombre:.....)	DNI:.....
Dirección:.....Tel:.....) doy mi consentimiento con el/la Dr. /a o Lic.....de ingresar en el seguimiento por Salud Mental y que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.	
En este caso haré lo siguiente:	
- Llamar y avisar a familiar/amigo referente, (Nombre:.....Tel:.....) y	
- Concurrir al Hospital o Centro de Salud más cercano	
- Guardia Hospital:	
- Emergencias SAME: 107	
- Otros:	
TRATAMIENTO AMBULATORIO:	
Fecha de próxima entrevista:.....Hora:.....	
(Servicio Salud Mental)	



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

INTERNACIÓN EN SALA:

Llenado por duplicado. Realizar Interconsulta para Servicio Social y Salud Mental

X

FIRMA Y ACLARACION

X

FIRMA Y ACLARACION

X

FIRMA Y ACLARACION

X

FIRMA Y ACLARACION

SECRETARIA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

MINISTERIO DE SALUD

Tel: 0388-4245541 - Dirección: Independencia esq. Av. Italia – CP 4600

13.- BIBLIOGRAFÍA

- Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de Jujuy. (2013). Perfil de salud de la provincia de Jujuy. Una introducción sobre la situación general. En A. S. Guillermina Eleit, *Perfil de salud de la provincia de Jujuy. Una introducción sobre la situación general* (pág. 15). San Salvador de jujuy: Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2012). Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes. En L. C. Dra. Sandra Novas, *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes* (pág. 9 a 12). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Equipo de Guardia Salud Mental Hospital San Roque. (2015). *Informe Motivos de Consulta de Guardia de Salud Mental Hospital San Roque*. San Salvador de Jujuy: Dirección de Salud Mental de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Provincia de jujuy. (2014). Mortalidad por Causas Externas: Suicidio-Homicidio. En D. P. Steren, D. G. Eleit, L. G. Revollo, D. A. Solís, & S. J. Cruz, *Boletín de Enfermedades no Transmisibles de la Provincia de Jujuy* (pág. 13 a 42). San Salvador de Jujuy: Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.
- Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (2013). *PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA*. Madrid: Centro de Psicología Aplicada (CPA), Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- Instituto de Evaluación Tecnológica en salud (IETS). (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida*. Sistema General de Seguridad en Salud. Colombia.

“2018 AÑO DEL CENTENARIO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA”

- Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. 2018. *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0.

- Fernández, Juan J. y Basile Héctor. (2017). *Suicidio Infanto Juvenil*. Un desafío para padres, docentes, amigos y profesionales. Editorial Salerno. Buenos Aires.

División de Salud Mental. SIPROSA. 2017. *Guía Clínica para la prevención y manejo de la conducta suicida*. Tucumán.