



PROTOCOLO DE ATENCIÓN en la ADOLESCENCIA
INTENTO DE AUTO-ELIMINACIÓN



1. INTRODUCCIÓN

El siguiente protocolo tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención de los usuarios adolescentes y de homogeneizar la práctica clínica en los diferentes niveles de atención de ASSE. Pretende sistematizar las acciones de salud para la detección precoz y prevención del suicidio en adolescentes, de conducta suicida.

1.1. Magnitud del problema

El número de suicidios y de Intentos de Autoeliminación (IAE) representan un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, existiendo un aumento en la tendencia del fenómeno en edades tempranas (Larrobla et al. 2013; Botega, 2005; Botega, 2002; Hendin, 1992; Cassorla, 1991). La OMS (2014) informa que en el año 2012 los suicidios fueron la segunda causa principal de muerte de la población joven a nivel mundial, en edades que van entre los 15 a 29 años, implicando significativos costos psicológicos, sociales y económicos para la sociedad. Estima que para el año 2020, si la tendencia actual se mantiene, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio. Sumado a esto, si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado se calcula que existen 20 intentos de suicidio fallidos que determinan múltiples lesiones y graves secuelas emocionales tanto para el sujeto suicida como para su familia y allegados, el panorama se agrava (Berlote, 2002). La entidad del fenómeno a nivel mundial ha llevado a que sus causas hayan sido y estén siendo profundamente discutidas. Se tiene claro la existencia de un perfil multi causal y evolutivo, en el que se reconocen desencadenantes circunstanciales y psicosociales. Asimismo, se ha estudiado la estrecha relación que existe entre el suicidio y las enfermedades mentales (depresión, abuso de sustancias psicoactivas, historia de abuso sexual). Estudios indican (Bertolote, 2003) que hay una prevalencia total de 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidios consumados.

1.2. Características del problema en Uruguay

En Uruguay las tasas de mortalidad por suicidio se ubican entre las más elevadas del continente, ascendiendo en el año 2015 a 18,55 muertes por cada 100.000 habitantes (MSP – UNFPA, 2015).

En el período 2005-2009, según datos del Área Programática Salud Mental del MSP, la mortalidad de adolescentes y jóvenes uruguayos de 10 a 24 años fue de 2.383 personas, de éstas, el 63% (1.519) ocurrieron por causas externas, incluyendo en estas causas las lesiones no intencionales (accidentes) y lesiones intencionales (violencia) las cuales pueden ser autoinfligidas o causadas por terceros (Larrobla et al. 2013). Según datos del MSP (2011) en la adolescencia y juventud, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar como causal de defunción y los suicidios el segundo.

1.3. Características del problema en ASSE

Con respecto a los usuarios que consultaron en la red de servicios de salud de ASSE ambulatorios, se destaca que de un total de 22.941 usuarios de 10 a 14 años que se asistieron en el período 2014-2015, el 5,8% corresponden a adolescentes que consultaron por problemas psicológicos. En el mismo periodo los adolescentes de 15 a 19 años que consultaron en policlínica fueron 20.939 de los cuales el 4.5% lo hizo por problemas psicológicos (Bettini, et al. 2016).

En las consultas relativas a IAE en la población de 10 a 19 años por tramo etario y por sexo durante 2014 y 2015, se destaca que puede existir sub registro debido en parte a que el sistema de reporte es de reciente implementación. Se observa el aumento de las consultas por esta causa en los adolescentes de 15 a 19 años y se destaca el alto número de consultas en las mujeres sobre las de varones en ambos tramos etarios en los dos periodos descritos.

Como señala el Informe mencionado, se evidencia en el análisis de las fuentes de datos estudiados (Historia clínica electrónica, egresos hospitalarios, emergencias) que los problemas de salud mental en la adolescencia son prevalentes. Si bien los datos son parciales, se puede establecer que debido a la gravedad que suponen en esta etapa de la vida significan una prioridad para ASSE.

2. MARCO CONCEPTUAL

Un alto porcentaje de suicidios es prevenible, para ello se requiere de una estrategia de prevención con un enfoque integral multisectorial (OMS, 2014). La reducción del estigma, la sensibilización y concientización en la comunidad son claves, así como también la capacitación en el personal de salud y de la educación para detectar en forma precoz a la población adolescente en riesgo. El Plan Nacional de Prevención del Suicidio¹ (MSP, 2011) pretende dar respuesta a este

¹ En el año 2004 se crea en Uruguay la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio por el Decreto N° 378/004. Funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, presidida por dicho Ministerio y por delegados del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior y Ministerio de Desarrollo Social.

problema complejo y multicausal, contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasa de suicidio en grupos de riesgo, desde un enfoque interdisciplinario e intersectorial.

La atención Integral de Adolescentes es un modelo que nos permite mejorar la atención de esta franja etaria. Este modelo privilegia la promoción de estilos de vida saludables, potencia fortalezas y previene probables riesgos, involucra a la familia y el soporte social existente. Abarca no solo al servicio de salud, sino también a los ámbitos donde habitan, estudian, trabajan o se recrean los adolescentes. La atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas, construyendo un proceso de interdisciplina e intersectorialidad.

Los estudios epidemiológicos elaborados sobre un gran número de casos, tienen el mérito de destacar lo que se llama los “factores de riesgo” (MSP – UNFPA 2015). En razón de su misma naturaleza estos estudios ponen en primer plano los factores comportamentales individuales y ambientales: familiares y socioculturales.

Este “perfil de riesgo” tiene por finalidad conocer mejor las características socioculturales de los adolescentes, para utilizar así, con la mayor pertinencia, los medios preventivos puestos a disposición de los especialistas de la salud.

Si pudiéramos identificar al adolescente suicida en la etapa más temprana posible estaríamos más aptos para tener éxito en la prevención de la pérdida de su vida, a través de la implementación de las intervenciones apropiadas.

2.1. Particularidades de la adolescencia:

Muchas conductas de riesgo en la adolescencia están determinadas por la búsqueda, ya sea consciente o no, del sentido de la vida, y el límite entre la vida y la muerte. A menudo la percepción de vulnerabilidad conduce a la exposición, a riesgos elevados o graves como forma de no mostrarse vulnerables. Por ejemplo, las autolesiones pueden interpretarse como un signo de alivio de la tensión, así como una demostración de tolerar el sufrimiento. Llevar una marca en la piel muestra el sacrificio realizado.

Estas conductas de riesgo que pueden ser graves, no siempre están motivadas por el deseo de morir. El concepto de muerte requiere la idea de irreversibilidad que, aunque en la adolescencia puede estar ya instalado se experimenta en forma difusa. Adolescentes que han realizado un intento de autoeliminación luego expresan “yo solo quería dormir y alejarme...” (MSP – UNFPA 2015).

La expresión de malestar en la adolescencia puede presentarse como manifestaciones somáticas, por ejemplo, quejas y comentarios de los adolescentes acerca de su cuerpo, fatiga, insomnio, pesadillas, dolores de espalda, cefalea, dolor abdominal, problemas dermatológicos.

Manifestaciones psicológicas concernientes a su estado anímico: nerviosos, deprimidos, con ganas de llorar, aburrimiento, irritabilidad, soledad, ideas de suicidio, sensación de inadecuación, problemas de estudio.

Percepción del cuerpo: se encuentran gordos, delgados, con defectos, con problemas en la identidad sexual.

Problemas de conducta como autolesiones, heteroagresividad, trastornos en la alimentación, consumo de alcohol y sustancias, y otras conductas de riesgo incluyendo relaciones sexuales sin protección.

La intensidad desmedida de estos sentimientos puede estar en la base de las conductas suicidas sin que implique una patología psiquiátrica establecida.

Síntomas y signos a tener en cuenta

La depresión en la adolescencia es una de las causas asociadas al intento de autoeliminación, por lo que detectar a tiempo los siguientes síntomas y signos es importante no solo para prevenir los suicidios, sino para actuar lo antes posible frente a este sufrimiento:

- Cambios en los hábitos de dormir y comer (en más o en menos)
- Retraimiento de sus amigos, familia y actividades habituales
- Actuaciones violentas, irritabilidad, fugas
- Abuso de drogas (incluyendo alcohol)
- Abandono importante de su apariencia habitual
- Cambios pronunciados en la personalidad
- Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad del trabajo escolar
- Quejas frecuentes de dolores físicos: cefaleas, dolor abdominal, fatiga
- Pérdida de interés en actividades que antes daban placer
- Aislamiento

El sentimiento de tristeza puede acompañar estos síntomas, o puede no estar presente.

Frente a la existencia de uno o varios de estos síntomas es necesario consultar con profesionales de salud mental.

Los desencadenantes que se describen en general en el intento de autoeliminación son las discusiones con los padres, la ruptura de lazos de amistad o pareja y el mal desempeño educativo.

Para algunos autores los sentimientos que llevan a un posible IAE forman parte de las vivencias comunes de los adolescentes, pero para otros existe un diagnóstico psiquiátrico de base como la depresión, trastornos de conducta, trastornos de la personalidad borderline, esquizofrenia.

Intentos de suicidio

Los que dicen tener más de 3 amigos 8,2%	Dicen que NO tienen amigos 19,6%
Los que están seguros que terminarán el liceo 9%	De los que creen NO terminarán el liceo 21,2%
Los que no se sienten solos 6,3%	De los que se sienten solos 19,4%
Los que se sienten comprendidos por sus padres 8,6%	De los que NO se sienten comprendidos por sus padres 8,6%

Como muestra el cuadro anterior (EMSE 2012), quienes tienen más de tres amigos, o están seguros de terminar el liceo, o no se sienten solos o se sienten comprendidos por sus padres realizan menos IAE.

Existen entonces factores protectores que es importante y necesario detectar, como, por ejemplo, la presencia de una familia que reconoce el problema, que brinda apoyo, y ha contribuido a resolver crisis en el pasado. Además de la familia hay amigos y otras redes de sostén disponibles como el centro educativo, clubes de deportes, iglesias y otras personas que brinden apoyo. En este sentido el profesional de salud que mantiene un vínculo terapéutico puede convertirse en un fuerte apoyo.

La salud mental en la consulta con adolescentes

No existe salud sin salud mental. En la atención de adolescentes la consideración de las emociones, conductas y comportamientos se tiene que realizar en diferentes ámbitos. El control de salud anual es uno de ellos, pero no el único. Las consultas ambulatorias por patología tienen que tener tiempo suficiente para explorar diferentes aspectos de la vida cotidiana. Ya se trate de adolescentes con problemas puntuales como aquellos que presentan enfermedades crónicas o graves. Del mismo modo, las consultas en la emergencia, en la internación por causas médicas o en el domicilio deben tomar en cuenta aspectos básicos de la salud mental.

Promover la salud mental, el bienestar y felicidad en la adolescencia depende de:

Acciones específicas de la salud junto a otras acciones intersectoriales.

En la atención de salud, la detección de problemas y el reconocimiento de los síntomas oportuna y precozmente, junto a una actitud solidaria de pares, educadores y familia es uno de los principales factores protectores.

El control anual de salud de los adolescentes utilizando la Historia Clínica del Sistema Informático del Adolescente (SIA) es una buena herramienta para evaluar la situación psicoemocional, los hábitos de vida cotidiana y la historia personal del adolescente, las características familiares, y la existencia de cualquier tipo de violencia. Conocer la percepción de los adolescentes sobre ellos mismos y sobre cómo creen que los ven sus amigos es de relevancia para realizar diagnósticos oportunos. Una buena entrevista permite realizar una adecuada derivación al equipo de salud mental de ser necesario.

2.2. Definiciones sobre Conductas Suicidas

Conducta suicida como continuum

La OMS (2011) define a la conducta suicida como “Toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiese finalizar en dicha acción, aún cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta.” Hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas, gestos, intentos y acto consumado.

Investigaciones sobre la ideación suicida refieren que en la población general un intento previo de suicidio es uno de los factores de riesgo más importante a considerar. Se entiende a la conducta suicida como un continuum que abarca tanto a la ideación suicida, como al intento de suicidio, pudiendo terminar en el suicidio consumado (Larrobila et al. 2013). La ideación suicida puede ser el primer paso para predecir un eventual suicidio (Barrios, 2000; Flechner, 2000).

Ideas de autoeliminación

Ideas, pensamientos, planes o deseos de morir, cometer suicidio.

Lesiones autoinfligidas (Autolesiones graves)

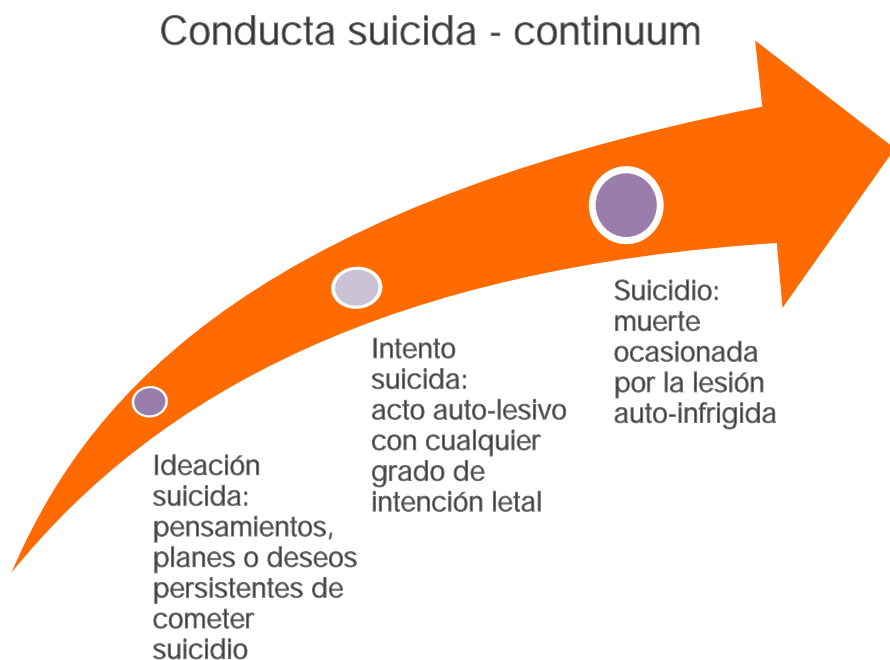
Las lesiones autoinfligidas con o sin ideas de muerte, revisten gravedad por la intensidad del acto, la reiteración del mismo y el nivel de impulsividad del adolescente. Cuando se acompañan de ideas de muerte se consideran como riesgo de conducta suicida.

Intento de Autoeliminación (IAE)

Todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea este un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de la salud.

Suicidio consumado:

Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita que la persona buscó quitarse la vida.



En numerosos casos de suicidios consumados se encuentra retrospectivamente que hubo conducta suicida. Sin embargo, no todas las personas que tienen ideas de muerte realizan intentos de suicidio o se matan. Dada la dificultad de anticipar con certeza quiénes pasaran o no a una acción de mayor gravedad, es necesario considerar seriamente todas las manifestaciones que impliquen ideas de muerte.

Es por esta razón que es importante y necesaria la adopción de medidas y la implementación y desarrollo de estrategias dirigidas a la disminución de la conducta suicida en los adolescentes de nuestro país.

Las conductas autoagresivas en los adolescentes constituyen un problema creciente que interpela y cuestiona las respuestas posibles, por lo tanto, las actividades de prevención exigen la colaboración de diferentes sectores de la sociedad, pero fundamentalmente la salud y la educación. Estas actividades deben ser amplias, integradas y coordinadas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Contribuir a la prevención del suicidio y del Intento de Autoeliminación (IAE) en adolescentes usuarios de ASSE, así como detectar y atender aquellos que presentan riesgo suicida y a sus familias, en el periodo 2017-2020.

3.2 Objetivos específicos:

- Pautar estrategias para los equipos de salud de ASSE para la prevención y atención de la conducta suicida en adolescentes con enfoque de salud integral y mejorando el acceso a la atención de salud mental.
- Establecer un flujograma para la atención integral al adolescente con conducta suicida garantizando la continuidad en la atención y las intervenciones basadas en la familia, la comunidad y el centro educativo.
- Difundir e implementar el presente protocolo en el tiempo esperado para todas las sedes ASSE del país, haciendo énfasis en acciones focalizadas y universales según nivel de riesgo.
- Diseñar estrategias para el personal de salud dirigidas a la apropiación y adhesión del marco conceptual y las acciones propuestas en este protocolo.
- Mejorar la articulación de los Equipos de Salud con centros educativos, y programas comunitarios de cercanía que intervienen en el territorio con esta franja etaria como: Jóvenes en Red, UCC, ETAF, organizaciones de la sociedad civil, servicios de las Intendencias departamentales, INAU y otros.

- Reforzar las alianzas con el sector educación (formal y no formal) en la promoción y prevención del suicidio en los adolescentes.
- Mejorar el registro del Intento de Autoeliminación, según pauta del MSP (Formulario de Registro Obligatorio) que permita un adecuado monitoreo y evaluación de las acciones.
- Formación y/o actualización de Recursos Humanos en Salud.

4. ALCANCE

4.1. Ámbito de aplicación

El presente protocolo se comenzará a aplicar en forma paulatina en las sedes de todo el territorio de cobertura ASSE. Debe ser conocido por todos los profesionales y técnicos de los servicios de salud y aplicado por todos los integrantes de los equipos de salud que atienden adolescentes en la Red de Salud de ASSE.

El Personal administrativo debe estar en conocimiento del protocolo y favorecer su aplicabilidad.

Se busca que el presente protocolo sea conocido por los actores de la comunidad en contacto con adolescentes para mejorar la detección, referencia y acompañamiento cuando sea necesario (Ver ANEXO 5 Capacitación).

Para su implementación se llevará a cabo la difusión, el seguimiento y evaluación continua del mismo.

4.2. Población destinataria

Adolescentes usuarios de ASSE entre 10 a 19 años, sus familias y referentes cercanos.

Sin criterios de exclusión.

Considerando las diferencias y características propias de la población a abordar, el presente protocolo organizará las líneas de acción dividiendo la misma, cuando sea necesario, en dos rangos etarios:

- de 10 a 14 años
- de 15 a 19 años

5. LÍNEAS DE ACCIÓN

Recomendaciones generales

a. Evitar la internación en clínicas u hospitales psiquiátricos especialmente en el Hospital Vilardebó cuando no existe comorbilidad psiquiátrica grave, realizando cuando corresponda la internación, en salas de medicina, pediatría y por el menor tiempo posible.

b. Considerar los sentimientos depresivos y las ideas de muerte en la adolescencia como un problema diferente a la crisis adolescente.

c. Fortalecer el seguimiento para aumentar la adherencia al tratamiento y la disminución del abandono.

d. Incluir en los planes terapéuticos la indicación de actividades grupales de expresión artística, cultural, deportiva, social u otras.

e. Desarrollar acciones de formación continua con el personal de salud médico y no médico, incluyendo a los profesionales de salud mental y a los referentes comunitarios.

f. De acuerdo a las características de la distribución de los recursos humanos de salud mental, en especial psiquiatras, y para poder abarcar todos los dispositivos de atención de salud de ASSE en el país, se torna imprescindible fortalecer no solo la formación del personal de salud en esta temática, sino también favorecer la conexión entre equipos de salud mental y médicos generales, pediatras, médicos de familia especialmente en las puertas de emergencia, en el interior del país, en las policlínicas rurales y otros puntos que no cuentan con accesibilidad fácil a la consulta psiquiátrica.

Esta conexión se plantea de dos maneras:

1 · Se propone utilizar el servicio telefónico del Portal Amarillo perteneciente a ASSE, (se está trabajando desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE en coordinación con la Dirección del Portal Amarillo en la implementación de una línea telefónica para tal fin) disponible las 24 horas del día en forma gratuita, con el objetivo de:

- apoyo telefónico para adolescentes y familias en situaciones de crisis.

- apoyo a profesionales de salud y educación, buscando específicamente colaborar en la agenda y en la referencia y contra referencia de los adolescentes.

2 · Consulta virtual entre profesionales. Utilización de redes tipo SKYPE u otras para consulta con salud mental, especialmente con psiquiatría (se refiere a psiquiatra de adultos, niños y adolescentes) buscando el apoyo técnico en aquellas situaciones en las que se requiera consulta con psiquiatría de urgencia/emergencia y no se cuente con dichos profesionales. Para los menores de 15 años se propone la conexión con el equipo de CHPR (unidad de seguimiento de IAE y/o psiquiatras de retén) y para los mayores de 15 años la intervención se realizará con los psiquiatras de retén del punto más cercano.

g. Como material de apoyo puede brindarse recomendaciones a familiares de qué hacer y qué no hacer, las cuales se adjuntan en ANEXO 1.

h. Se recuerda la obligatoriedad de completar el Formulario de Registro Obligatorio (FRO) de Intento de Autoeliminación según las pautas establecidas por el Ministerio de Salud Pública adjunto en ANEXO 2.

Valoración de las conductas de riesgo para la toma de decisiones:

El riesgo suicida debe ser evaluado en un ambiente continentador, es decir privado y confidencial sin prejuzgar ni culpabilizar. Por otro lado los profesionales de salud y los actores de la comunidad deben saber que no hay riesgo de provocar el suicidio si se habla, sino que el riesgo aumenta si se ignora y oculta.

A continuación se despliegan algunas sugerencias de preguntas a realizar en cualquiera de los ámbitos en que, trabajando con adolescentes, aparece la sospecha de riesgo suicida. Estas preguntas son escalonadas, y significan un gradiente, cada una de ellas profundiza la información de las preguntas anteriores, siempre

teniendo presente la idea de continuum. Las preguntas conforman pasos en la valoración del riesgo suicida a nivel de la ideación. No es lo mismo valorar éste riesgo en un adolescente que no tiene antecedentes de IAE que en alguien que sí los tiene.

Sugerencias de preguntas para valorar conducta suicida:

- ¿Has estado pensando en que no querés vivir o que tu vida no tiene sentido?
- ¿Esto ocurre frecuentemente?
- ¿Estas ideas te han estado molestando?
- ¿Puedes alejar estas ideas?
- ¿Has pensado alguna vez en qué harías para no vivir más? o ¿cómo harías?
- ¿Tienes planes de hacer algo para no vivir más? ¿Hablaste con alguien de estas ideas?
- ¿Lo has intentado? ¿Alguien de tu familia o amigos lo han intentado? ¿Qué es la muerte para ti?

Son signos de gravedad si al analizar la entrevista se concluye que:

- Las ideas de muerte persisten
- Si existe un plan suicida
- Si hay pensamientos de muerte que emergen espontáneamente
- Si hay elementos que indiquen preparación, especialmente en caso de métodos altamente letales

Síntomas y comorbilidades que aumentan el riesgo suicida:

- Marcada desesperanza (falta de planes de futuro referido tanto a la vida cotidiana como a mediano y largo plazo)
- Situaciones desencadenantes: rendimiento académico bajo, pérdidas recientes, antecedentes de abuso sexual, violencia doméstica, rupturas amorosas, discusiones con los padres)
- Aislamiento reciente
- Intoxicación (alcohol, drogas)
- Síntomas psicóticos agudos
- Impulsividad severa
- Depresión

Elementos de riesgo agudo que indican la necesidad de internación:

- Si el paciente solicita ser ingresado
- Período de menos de un año de un IAE anterior
- IAE previo realizado con métodos altamente letales
- Planificación clara
- Nota suicida
- Episodio Psicótico

Se exponen a continuación los procedimientos específicos correspondientes a diferentes ámbitos de atención, partiendo de la base que éstos están interrelacionados, considerando como eje central la primacía de las necesidades del adolescente y su entorno.

De la comunidad al consultorio

Se señalan dos situaciones posibles

a. Los adolescentes expresan al educador/ referente comunitario, ideas de muerte y/o estos detectan adolescentes que sufren reiterados episodios de autolesiones.

b. Los referentes de la comunidad (docentes, maestros, educadores no formales, equipos de cercanías) detectan problemas en la esfera psicoemocional y social que implican riesgo de conductas suicidas.

En ambas situaciones se contactará directamente con el espacio de atención más próximo y accesible para agendar una entrevista. Estos espacios pueden ser: los puntos de atención (policlínicas) de adolescentes que están a cargo de médicos de familia, pediatras o médicos generales; el Espacio Adolescente propiamente dicho; la/el psicólogo de Espacio Adolescente. La consulta se concretará en un plazo no mayor a 48 horas. Todos los técnicos involucrados realizarán la misma evaluación para definir el tipo de riesgo y las alternativas terapéuticas en cada caso.

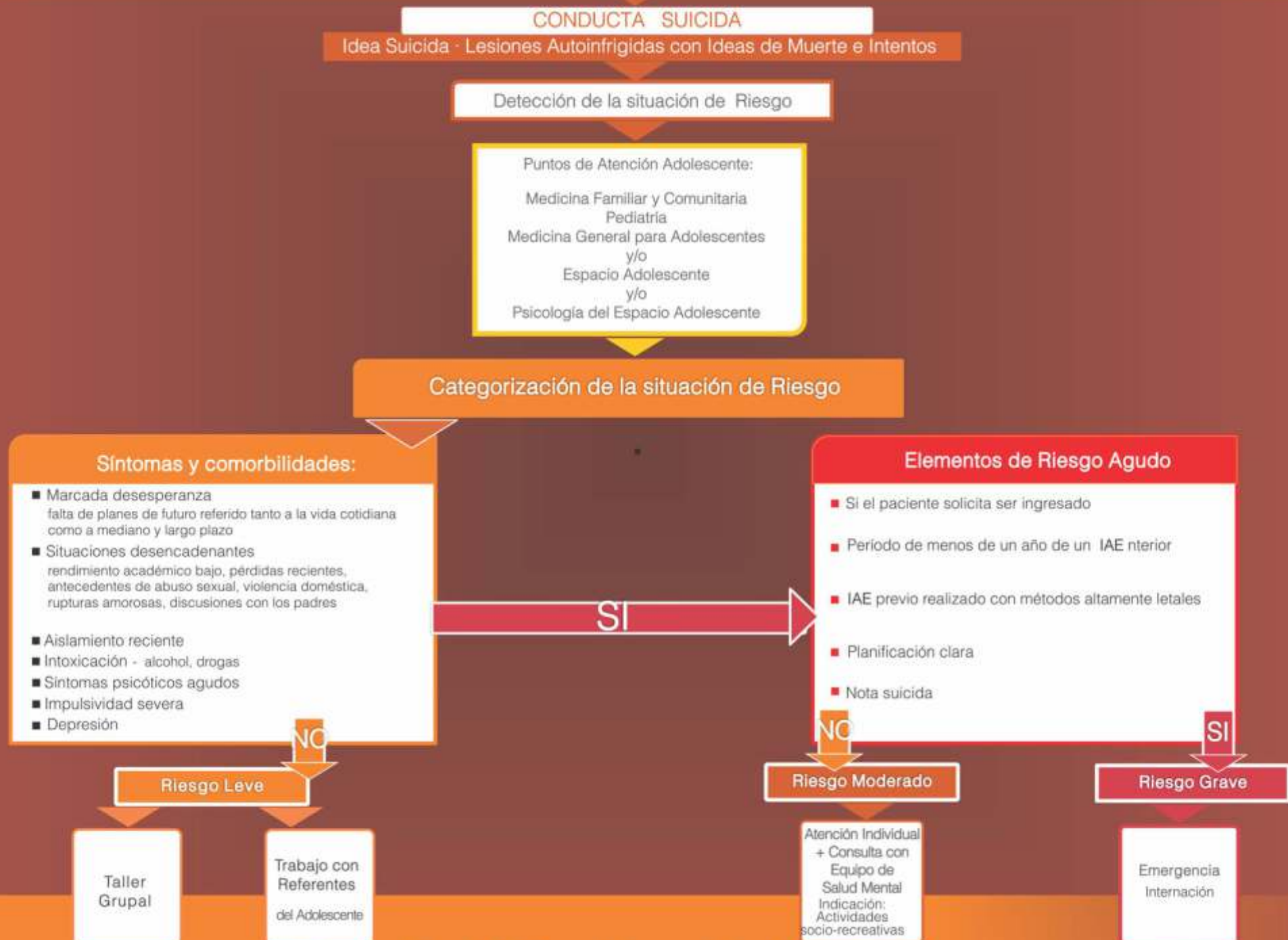
Se mantendrá entrevista con la familia y/o referente adulto protector para completar la evaluación clínica y valorar su apoyo al tratamiento.

A partir del resultado de la entrevista se plantearán diferentes propuestas, de acuerdo al riesgo relevado y a los recursos disponibles. Si el riesgo es leve se sugiere la atención psicológica grupal (Modo 1 de las prestaciones de salud mental) o apoyo psicológico individual. Si se valora como riesgo moderado se coordinará con el Equipo de Salud Mental (ESM) para consulta en plazo no mayor a 48 horas. El ESM definirá en conjunto con el Equipo básico y/ o el Espacio Adolescente el plan de tratamiento integral así como las diferentes estrategias de abordaje (individual, grupal y familiar). Si se considera riesgo agudo se planteará la derivación a la Emergencia para su posible internación en el Hospital que corresponda (Ver Algoritmos 1 y 2).

Se establecerán estrategias conjuntas entre el equipo de salud y los referentes comunitarios, por ejemplo, el acompañamiento socioeducativo de los adolescentes en tratamiento fortaleciendo propuestas de inserción social, educativa, cultural, recreativa, deportiva. Se realizarán instancias de intercambio y planificación entre referentes que trabajan con adolescentes en ámbitos educativos, recreativos, programas de cercanía u otros, y el equipo de salud adolescente a cargo del seguimiento terapéutico. Con esta finalidad se realizarán reuniones mensuales fijas.

2. El Modo 1 consiste en el trabajo en modalidad taller abierto dirigido a aproximadamente 8 adolescentes coordinado por dos profesionales, realizando aproximadamente 10 instancias de taller una vez por semana.

ALGORITMO 1 · Abordaje en la Comunidad y Primer Nivel de Atención



elaboración del Plan Integral de tratamiento

Del consultorio médico a la consulta psicológica

Se destaca el rol que tienen los profesionales que atienden adolescentes, para la detección de quienes están en riesgo o han cometido un IAE. El diagnóstico adecuado y el establecimiento inmediato de una estrategia de tratamiento y seguimiento son fundamentales para reducir el riesgo.

Criterios de derivación a Psicología y/o a Equipo Comunitario de Salud Mental (ECSM) del servicio de salud, de los adolescentes con riesgo suicida captados en la consulta en el primer nivel (pediatras, médicos de familia, medicina general).

En esa instancia no se trata de realizar un diagnóstico psiquiátrico, sino de conocer y valorar con el adolescente, las características principales de su situación. Si está acompañado por un familiar o adulto referente se mantendrá entrevista con el adulto luego de la consulta con el adolescente. En caso que se encuentre solo, se debe contactar un familiar o referente.

Los siguientes son algunos aspectos a tener en cuenta (ver Algoritmo 1)

- **Presencia de enfermedad mental grave**
- **Conducta suicida reciente**
- **Plan de suicidio elaborado**
- **Expresión de intencionalidad suicida**
- **Intentos de suicidio previos**
- **Situación socio - familiar de alto riesgo y/o falta de apoyo**
- **Existencia de uno o más sucesos traumáticos**

La siguiente tabla señala actitudes básicas que debe mantener el personal de salud para la escucha del adolescente en los diversos ámbitos de encuentro.

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ EVITAR?
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma • Mostrar apoyo y preocupación • Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo • Preguntar acerca de los intentos previos • Explorar posibilidades diferentes al suicidio • Preguntar acerca del plan de suicidio • Ganar tiempo, pactar un "contrato de no suicidio" • Identificar otros apoyos • Restringir el acceso a medios letales • Comunicación entre profesionales • Si el riesgo es alto, permanecer con el adolescente • Trabajar con el adolescente la decisión de comunicarle a sus padres que está en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorar la situación • Mostrarse consternado • Decir que todo estará bien • Hacer parecer el problema como algo trivial • Dar falsas garantías • Jurar guardar secreto • Dejar al adolescente solo

Tabla 1. Recomendaciones de actuación ante una situación de ideación/conducta o riesgo suicida en cualquier ámbito de salud o de educación.

Se desarrollará en el primer nivel, la atención psicológica grupal e individual según corresponda a partir de la evaluación. Psicología del espacio adolescente valorará la necesidad de consulta con el ECSM y coordinará la agenda. Se destaca que esta derivación significa una real coordinación entre la atención de adolescentes y el equipo de salud mental. Cuando se establece tratamiento farmacológico, la mejor alternativa es el tratamiento conjunto psiquiátrico y psicológico.

En este primer nivel se planifica también el seguimiento de los pacientes ingresados a cualquier tipo de tratamiento. Seguimiento significa básicamente contactar al paciente que comienza a faltar a las consultas, agendar nuevas consultas, conocer sus desempeños en las áreas de la vida cotidiana a través del contacto con los referentes comunitarios y la familia. El establecimiento de este seguimiento se planteará al adolescente y familia en la primera consulta como una eventualidad que el equipo desarrollara en caso que se considere necesario.

La consulta en la emergencia

El paciente puede llegar a puerta de emergencia directamente por haber realizado un intento de autoeliminación o por conducta suicida grave, o puede ser referido desde primer nivel luego de haber tenido una consulta en la que se define que debe ser ingresado a sala de medicina.

En Montevideo (y zona metropolitana) el Hospital de referencia para menores de 15 años es el CHPR. Para mayores de 15 años los Hospitales de referencia son los Hospitales Generales, y en caso de requerir internación en sala de Salud Mental, se cuenta con ellas en el Hospital Pasteur u Hospital Maciel, la misma deberá realizarse preferentemente en sala de medicina en caso de ser posible.

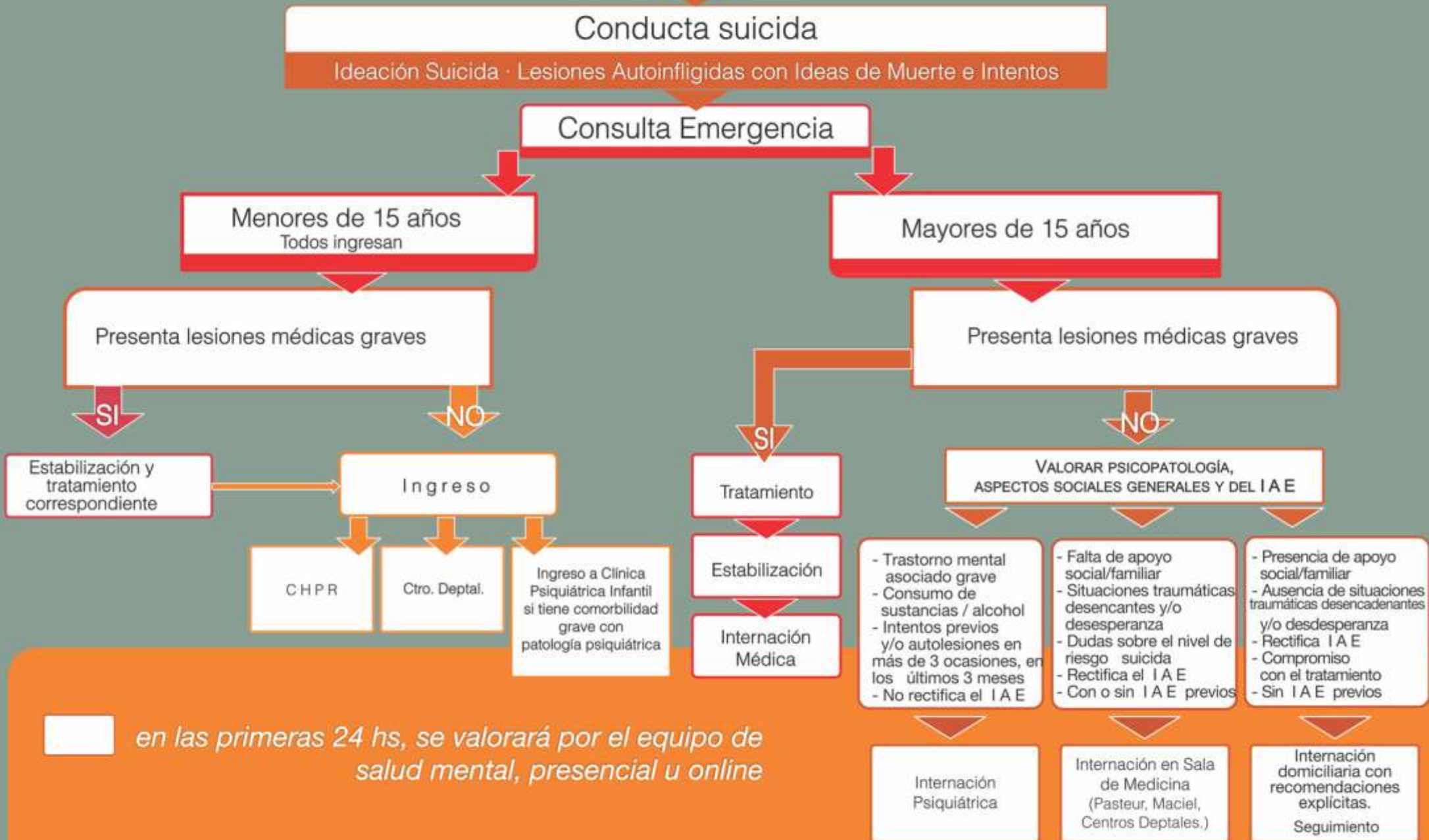
En el interior se deberá referir al hospital departamental tanto para menores como mayores de 15 años.

Los menores de 15 años ingresan a sala de pediatría. En caso de considerarse que corresponde la internación en sala de psiquiatría, será definido y coordinado por el Equipo de Salud Mental, quién realizará las gestiones correspondientes para autorizar el procedimiento.

En todos los casos debe establecerse el plan de seguimiento antes del alta, lugar, especialista y hora agendada. Para ello el Hospital debe comunicarse con el servicio de salud que corresponda al usuario.

En estas instancias será de suma importancia las unidades de enlace para garantizar el seguimiento en los diferentes niveles.

ALGORITMO 2 · Consulta en la Emergencia



6 ENFOQUE DE DERECHOS Y GÉNERO

Es necesario crear y mantener un espacio de privacidad para realizar la consulta, sea cual sea la edad del adolescente. Se debe trabajar con el adolescente que la confidencialidad se mantendrá en los aspectos íntimos de la consulta pero en lo relativo al riesgo de vida, se informara a los adultos referentes. Importa destacar que este aspecto no se refiere a que el adolescente es menor de edad, sino a las características del riesgo y problema planteado. Se debe considerar la posibilidad de que el relato al familiar o referente próximo se realice en o durante la consulta y en presencia del adolescente. Así como las recomendaciones del tratamiento se realizaran al adulto referente en presencia del paciente. Cabe aclarar que en algunas circunstancias deban realizarse entrevistas a solas con los familiares ya sea para completar información relevante o como espacio de sostén (UNICEF, 2004).

Perspectiva de género:

En numerosos estudios (EMSE, 2012) se jerarquiza el antecedente de abuso sexual como factor de riesgo para la conducta suicida. Considerar esta perspectiva es importante tanto en las actividades de promoción y prevención dirigidas a adolescentes como en la consulta individual en todos los niveles de atención.

En las actividades de promoción y prevención debe incluirse el trabajo sobre derechos sexuales, diversidad y equidad y esclarecer la importancia de contar con referente de confianza para que estas situaciones no queden silenciadas.

En el ámbito de la consulta individual se tendrá presente que frente a toda consulta por conducta suicida se debe preguntar tanto a varones como mujeres si existe o existió abuso sexual.

7 DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO

Se desarrollaran estrategias para la difusión del Protocolo contando con la participación de las cuatro direcciones regionales de ASSE, las RAP y los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM). Se prevé que las mismas se realicen a través de videoconferencias y actividades presenciales para llegar a todos los departamentos del país. Los responsables de los Espacios Adolescentes junto con los Referentes IAE de ASSE favorecerán la difusión e implementación en territorio del presente protocolo (ANEXO 3 · Función de los Referentes IAE de ASSE; ANEXO 4 · Lista de Referentes IAE de ASSE).

8 REQUERIMIENTO DE MATERIALES Y RECURSOS HUMANOS

En cuanto a los recursos humanos se espera contar con la regularización del trabajo de las psicólogas de adolescentes (ex agentes socioeducativas) que en forma espontanea pero no debidamente planificada, atienden la salud mental de adolescentes en el primer nivel de atención.

En cuanto a recursos materiales se requiere la impresión del protocolo en papel, así como incluirlo en página web para el acceso electrónico.

Se requiere para instalar la comunicación entre profesionales del área médica y psiquiatras, la posibilidad de contar con teléfonos con conexión wifi o tablets que permitan realizar interconsultas.

Se requiere la implementación de una línea telefónica gratuita para la atención de situación de crisis. Para ello se utilizará el servicio ya existente en ASSE, la línea telefónica del Portal Amarillo, que cuenta con atención por personal especializado las 24 horas.

9 CAPACITACIÓN

ASSE a través del Área de Adolescencia de la Dirección de Gestión de Calidad y Riesgo, el Equipo de Trabajo sobre Prevención del Suicidio de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables y la División de Capacitación coordinarán acciones con las Direcciones Regionales a los efectos de respaldar el diseño y la ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación en el tema prevención del suicidio y abordaje a las conductas suicidas de adolescentes y familias usuarias.

Se pretende dar continuidad, así como también sistematizar y fortalecer las capacitaciones y jornadas de sensibilización que se han desarrollado en el tema desde el año 2012 haciendo relevancia en el abordaje de la población adolescente.

Las actividades de capacitación para la prevención del suicidio en la población adolescente, tendrán como objetivo global promover el involucramiento y compromiso de todos los actores para dar respuestas integrales e integradas y así favorecer la detección oportuna de adolescentes en riesgo. Se busca desarrollar y fortalecer competencias para la implementación de abordajes eficientes con los recursos de ASSE desde una perspectiva territorial y regional.

En el ANEXO 5 se sugieren las actividades de sensibilización y capacitación a desarrollar considerando distintos ámbitos para su implementación: 1) población general, 2) equipos de salud y 3) equipos del sector educación que trabajan con adolescentes de 10 a 19 años. Las mismas se ajustaran teniendo en cuenta las realidades y necesidades locales (ANEXO 5 · Propuesta de Capacitación).

10 INDICADORES

10.1- En la implementación

- N° de funcionarios participantes en la difusión del protocolo por región/ N° total de funcionarios por región.

10.2- Sobre los resultados

- N° de actividades de capacitación desarrolladas/ N° de actividades de capacitación planificadas.
- N° dispositivos grupales ejecutados Modo 1 por región/ N° dispositivos grupales Modo 1 planificados.
- N° de IAE con registro en Formulario de IAE/ total de IAE en Consulta de Emergencia por departamento

10.3 – En el proceso

- N° de técnicos que modifican su práctica aplicando el protocolo a 6 meses de aplicación/ N° total de técnicos que participaron de la difusión.

10.4 – Acerca del Impacto

Se espera una mejora en la atención de los adolescentes con conductas de riesgo suicidas, que se traduzca en una disminución de los intentos y suicidios consumados. Dada la complejidad del tema, así como la necesidad del abordaje intersectorial es que el impacto no es de medida sencilla. La repercusión podrá visualizarse al finalizar el período de ejecución del protocolo. Se construirá para tal fin una línea de base a partir del inicio del presente protocolo.

³ Creación de un Equipo de Trabajo de Prevención del Suicidio y designación de Ref. IAE para operativizar los lineamientos del Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Alianza con la UDELAR con el objetivo de comprender y producir conocimiento sobre el fenómeno del suicidio a través del soporte científico. ASSE integra el Grupo de Investigación sobre Comprensión y Prevención del Suicidio conformado por las Facultades de Ciencias Sociales, Medicina, Psicología y Humanidades y Ciencias de la Educación. El Grupo ha desarrollado 7 Investigaciones en el tema financiadas por CSIC y ANIL, de las cuales 4 refieren a población adolescente.

11 BIBLIOGRAFÍA

- (2011). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida I: Evaluación y tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 820-821. Recuperado en 13 de febrero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000400018&lng=es&tlng=es.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & Brener, N. D. (2000) Suicide Ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48:229-233.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Grisham, J. R. (2000) Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (68), 371-377.
- Berlote, J. M. & Fleischmann, A. (2002) A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. *Suicidology*; 7(2).
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., et al. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry*; 183: 382–388.
- Bettini, M., Toledo, S. & Novoa, G. (2016). Informe sobre Estrategias desarrolladas en Prevención del suicidio y abordaje a los IAE en ASSE - Período 2011-2016. Equipo de Trabajo sobre Prevención del Suicidio - Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.
- Botega, J. N. (2002) – Tentativas de suicidio, en: *Práctica psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Ed. Artmed, São Paulo, Brasil.
- Botega, J. N. (2005) – Suicidio no Brasil. Uma visão de Saúde Pública. *Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano XXX, Número 3:4-8*. Campinas, Brasil.
- Cassorla R.M.S (coord.) (1991) - *Do suicídio - estudos brasileiros*. Ed. Papirus, Campinas, Brasil.
- EMSE (2012) - II Encuesta Mundial de Salud Estudiantil. GSHS. Uruguay
- Flechner, S. (2000) – Psiconálisis y Cultura: la clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo. Un nuevo desafío? *Revista Latino-Americana de Psicanálise* (4), 467-482.
- Hendin, H. (1992) – The psychodynamics of suicide. *International Review of Psychiatry*.
- Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M. (2013) - Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. UdelaR-ASSE-ANEP-CODICEN) Programa de comprensión pública en temas de interés general. CSIC-Art. 2, UdelaR, Montevideo, Imp. Rojo.
- MSP (2011) - Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015. *Un compromiso con la vida*. Dirección General de Salud - Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio.

MSP – UNFPA (2015) - “Aportes para el abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel”. Recuperado en:

Organización Mundial de la Salud (2011) – Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Disponible en: URL:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del Suicidio, un imperativo global.

Recuperado en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es

UNICEF (2004) – Convención de los Derechos de los niños, las niñas y Adolescentes. Disponible en:

https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_MNDerechos.pdf

12 EQUIPO DE TRABAJO

Dra. Natalia Pérez (Asistente de la Presidenta del Directorio de ASSE)

Dra. Susana Grunbaum (Responsable Adolescencia ASSE)

Dra. Silvia Texeira (RAP Canelones, Espacio Adolescente Las Piedras)

Lic. Ps. Magdalena Alvarez (Ps. Espacio Adolescente RAP Metropolitana)

Lic. Ps. Fabiana Rahi (Ps. Espacio Adolescente RAP Metropolitana)

Lic. Ps. Gabriela Novoa (Equipo de trabajo sobre Prevención del Suicidio – DSM y PV de ASSE)

Prof. Agda. Dra. Adriana Martinez (Equipo Salud Mental CHPR de ASSE y Clínica Psiq. Pediátrica UDELAR)

Lic. Ps. Sylvia Toledo (Equipo Trabajo sobre Prevención suicidio DSM y PV de ASSE)

Mag. Marilen Bettini (Equipo Trabajo sobre Prevención suicidio DSM y PV de ASSE)

Lic. Ps. Marisa Schulze (Equipo Trabajo sobre Prevención suicidio DSM y PV de ASSE)

Dra. Sandra Romano (Referente Modelo de Salud Mental DSM y PV de ASSE)

13 REVISORES EXTERNOS

Será revisado por el Grupo Comprensión y Prevención del Suicidio de la UdelaR - ASSE, Facultad de Medicina (Unidad de Salud Mental en Comunidad), Facultad de Ciencias Sociales (Depto. de Sociología), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Instituto de Estudios en Docencia), Facultad de Psicología (Instituto de Psicología Clínica) y Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

Agradecimientos por los aportes realizados:

Mag. Ana Inés Machado

Dra. Adela Puentes

14 ANEXOS

ANEXO 1

Recomendaciones para pacientes y familiares en situación de riesgo suicida (4)

¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER ante la posible conducta suicida de un familiar o allegado?

Qué Hacer

- **HAGA ALGO AHORA**
Tome las señales de alerta en serio y pregúntele a la persona si está pensando en el suicidio y si tiene algún plan. Busque urgentemente ayuda si la necesita llamando a la línea telefónica que corresponda o lleve a la persona al Servicio de Urgencias más próximo.
- **HABLAR SOBRE EL SUICIDIO:**
Hablar sobre el suicidio no va a provocar la idea de realizarlo, por lo contrario, puede animarle a hablar sobre sus sentimientos. La posibilidad de que pueda tener un plan detallado indica mayor riesgo. No se comprometa a guardarlo como un secreto desde el momento en el que la seguridad física de la persona es su principal preocupación.
- **ACEPTAR SU PROPIA REACCIÓN:**
Usted puede sentir miedo o preferir ignorar la situación. Si le está costando dominarse, solicite la ayuda de alguien de confianza.
- **MANTENERSE CERCA, ESTAR AHÍ POR ÉL O POR ELLA:**
Pase algún tiempo con esa persona, anímele a hablar de cómo se está sintiendo, identifique a quien podría pedir apoyo, y anime a la persona para que acepte tener apoyo también más adelante.
- **ACEPTAR LO QUE LE ESTÁ DICIENDO:**
Mantenga una comunicación directa, abierta y honesta con esta persona. Permita que la persona exprese sus sentimientos y exprese su preocupación sin juzgarlo. Diga cosas como “Aquí estoy para ayudarte”, “Hablemos” y “Estoy aquí por ti”.



- **ADOPTAR MEDIDAS DE SEGURIDAD:**
Pregúntese hasta qué punto la persona está pensando en suicidarse. Si usted está claramente preocupado no deje sola a esa persona. Retire cualquier medio disponible para el suicidio, incluyendo armas, cuerdas, cinturones, medicinas, alcohol y otras drogas, incluyendo el acceso a cualquier vehículo.
- **DECIDIR QUÉ HACER:**
Comenten de modo conjunto qué decisión tomar. Usted podría necesitar contar con más ayuda (compañeros, padres, amigos cercanos u otras personas) para convencer a la persona para buscar ayuda profesional. Sólo compartiendo esa información puede usted asegurarse que la persona tenga la ayuda y apoyo que necesita.
- **ANIMAR A LA PERSONA A OBTENER APOYO:**
 - Médicos de Centros de Salud del 1er. Nivel de Atención y Urgencias
 - Espacios adolescentes de los Centros de Salud
 - Redes sociales comunitarias
 - Orientadores escolares, Educadores, Adscriptos
 - Servicios religiosos
 - Servicios de ayuda tanto on line como telefónica
- **PEDIR UN COMPROMISO:**
Pídale a la persona que se comprometa a no callar su malestar y preocupación y a hablar con alguien si vuelven las ideas de suicidio. Esto facilitará que el busque ayuda.
- **CUIDARSE A SÍ MISMO:**
Es difícil y emocionalmente agotador apoyar a alguien que piensa en suicidarse, no lo haga usted solo. Encuentre a alguien con quien hablar, tal vez amigos, familiares o un profesional sanitario.
- **MANTENERSE INVOLUCRADO:**
Los pensamientos de suicidio no desaparecen fácilmente. La continua preocupación de la familia y amigos es muy importante para la recuperación de la persona. Manténgase atento o atenta a la evolución de la persona.

QUÉ NO HACER?

- **NO REHUIR LOS PROBLEMAS**
No deje a la persona sola si cree que su vida está en riesgo inmediato.
- **NO BANALIZAR, NI DESAFIAR**
No trate con ligereza cualquier amenaza, sobre todo si la persona empieza a bromear con eso. **NO** minimice la situación o la intensidad de las emociones y del malestar. Retar a que lo haga no va a ayudarlo. No le diga cosas como “A qué no eres capaz... Si lo haces, hazlo bien”
- **NO UTILIZAR GRITOS O REPRIMENDAS**
No actúe de modo excesivo o lo culpe por estar mal. ¡No vaya a ser otra petición de ayuda! Muchas veces lo que necesitan es motivación y eso no se consigue con un buen grito.
- **NO TEMER PREGUNTAR**
No le de miedo preguntar a la persona por qué está tan triste y tan deprimida ni si se quiere hacer daño a sí misma.
- **NO JUZGAR, NO COMPARAR**
No le diga que eso es de cobardes, o que es de valientes y que él o ella no lo es. No le diga cosas como “algo habrás hecho para estar así”, responsabilizándola de toda la situación, o señalar que “está mucho mejor que otras personas”. Esto suele incrementar los sentimientos de culpa y de malestar.
- **NO MANTENGA TODO EN SECRETO**
Entre la vida de su amigo y su confianza, escoja la vida.
- **NO DÉ SOLUCIONES SIMPLISTAS**
Una solución obvia y simple puede ayudar a incrementar los sentimientos de incapacidad, vergüenza o soledad en la persona.
- **NO INTENTE AYUDAR A LA PERSONA USTED MISMO SIN AYUDA DE NADIE**
No piense que usted es quien mejor la conoce, que nunca le va a faltar ni a cansarse y que los demás sobran, incluyendo los profesionales.

ANEXO 2

Enero 2014

COMUNICADO A LAS DIRECCIONES REGIONALES Y UNIDADES EJECUTORAS DE LA RED ASISTENCIAL DE ASSE SOBRE LA ORDENANZA MINISTERIAL NO. 765 PARA LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE AUTOELIMINACION (IAE)

La ordenanza Ministerial No. 765 del 27 de setiembre de 2013 establece que el registro y la notificación de los Intentos de Autoeliminación (IAE) son de carácter obligatorio para todos los prestadores Integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Para su notificación e implementación en todas las Unidades Ejecutoras de la Red Asistencial de ASSE se adjuntan los siguientes documentos:

- Ordenanza del Ministerio de Salud Pública
- Ficha de Registro Obligatorio el IAE (FRO)
- Instructivo de la FRO
- Planilla de notificación mensual (Excel) de la FRO

En cuanto al registro de la FRO:

El registro de todos los casos de IAE se realizará mediante el llenado de la Ficha de Registro Obligatorio de IAE.

La misma consta de dos etapas: la primera debe ser completada por servicio de salud interviniente en 1° instancia, la segunda por el equipo o servicio de salud mental de referencia (en caso de existir). Cada Unidad Ejecutora deberá implementar el mecanismo para que, una vez completada la información en el servicio de salud interviniente en 1° instancia, sea entregada al equipo o servicio de salud mental. Cabe recordar que los Equipos de Salud Mental cuentan con un Referente en IAE informados al respecto.

En cuanto a la Notificación Mensual del registro de la FRO:

- Cada Unidad Ejecutora deberá enviar mensualmente la planilla en el formato acordado con el MSP con la información de todos los casos de IAE ocurridos en el mes.
- La planilla se enviará a mes vencido, entre el 1° y el 5 día del siguiente mes al

correo electrónico: notificacioniae@asse.com.uy (NO debe enviarse directamente al MSP).

- En caso de no haber tenido lugar consulta de salud mental, enviar los datos de la ficha que se dispongan hasta el momento.
- Cada unidad ejecutora definirá la modalidad de implementación del llenado de la planilla mensual.
-

Se acordó en reunión conjunta con autoridades del MSP (14/11/2013) que ASSE comenzará a informar al MSP, los datos procesados en Febrero del 2014 que serán enviados los primeros días del mes de Marzo 2014.

ANEXO 3

FUNCIONES DEL REFERENTE EN INTENTOS DE AUTOELIMINACION (IAE) DE ASSE

Se trata de una función que se ha ido construyendo desde el año 2012 con los Referentes y cuyas responsabilidades continúan redefiniéndose en forma permanente. Es fundamental la legitimación de este recurso por parte de las autoridades de los Servicios de Salud de ASSE y su contacto e intercambio con el Equipo de Trabajo sobre Prevención del Suicidio de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

Actividades del Referente en IAE

- Contribuir en la definición e implementación del mapa de ruta local, departamental y regional para operacionalizar la Referencia y Contra-referencia en la red asistencial de ASSE.
- Promover el diseño e implementación de una agenda preferencial en su Equipo de Salud Mental para la recepción prioritaria del usuario y su familia con riesgo suicida.
- Facilitar los mapas de rutas y flujogramas, para el abordaje de los usuarios que consultan por IAE en los diferentes niveles de atención.
- Brindar apoyo y orientación a su Equipo de Salud en la Referencia y Contrareferencia.
- Colaborar en la implementación de acciones en el territorio que requieren de conocimiento de la Red en general (Instituciones Barriales, Instituciones Educativas, Policía Comunitaria, Programas Territoriales, ONGs, etc.).
- Organizar y promover actividades de sensibilización de los técnicos y de la comunidad en el área de influencia correspondiente.
- Diciembre 2016

1 Definidas en el Capítulo 4, en: Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M. (2013) - Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. UdelAR-ASSE-ANEP-CODICEN) Programa de comprensión pública en temas de interés general. CSIC-Art. 2, UdelAR, Montevideo, Imp. Rojo.

ANEXO 4

Diciembre 2016

REFERENTES IAE Y PREVENCIÓN SUICIDIO ESM DE MONTEVIDEO y ÁREA METROPOLITANA

Equipo	Participantes	Email
Centro Diurno Sayago	A.S. Martha Pérez	martha90849@gmail.com
Cerro – Inve 18	Dra. Solange De Souza	soldesouza@adinet.com.uy
		saludmental.inve18.rap@asse.com.uy
	Lic. Ps. Marcela Jubín	marcejubinguido@gmail.com
C.R.A.P.S (ex Filtro)	A.S. Alba Scaldaferrí	albascaaldaferrí@gmail.com
Jardines del Hipódromo	Dra. Monica Míchef	saludmental.jardines.rap@asse.com.uy
	Dra. Beatriz Golluchi	
	Lic. Ps. Marílen Bettini	licmarbet@gmail.com
La Cruz de Carrasco	Aux. de Enf. Sandra Porcal	sandra9970@hotmail.com
	Dra. Gimena Alvares	gimebalcon@hotmail.com
Maracaná Sur (Cerro)	Coord. Sindia Blanco	saludmental.maracanasur.rap@asse.com.uy
Maroñas	Lic. Ps. Silvia Toledo	sbtoledo@hotmail.com
Misurraco	Lic. Ps. Rosana Peloché (coordinadora)	rosana_peloché@hotmail.com
Piedras Blancas	Rocío de Freitas	roci2100@hotmail.com
Sayago – Udai II	Lic. Ps. Nerina Mazza	nerinamr@gmail.com
	Enf. Nora Muníz	noraadrianamuniz@gmail.com
Unión	Lic. Ps. Laura Mumolli	lauramumo@gmail.com

Equipo	Participantes	Email
Hospital Vilardebó	Lic. Lucía Cirióñ (Policlínica)	psicocir@hotmail.com
	Lic. Ps. Graciela Caballero (Dpto. Psicología)	gracielacab@gmail.com
		graciela.caballero@asse.com.uy
	Lic. Enf. Sandra Pérez (Emergencia)	spfigueredo1207@hotmail.com
	Dra. María Celia Barrios (Dirección - Salas)	macel15@hotmail.com
	Lucía Barreiro (Egreso y Enlace)	lula184@hotmail.com
Marie Rocanova (Egreso y Enlace)		marirocanova@hotmail.com
Hospital Maciel	Lic. Beatriz Amilivia	saludmental.macié@asse.com.uy
		bamilivia@hotmail.com
	Lic. Ps. Cecilia Thode	cthode@adinet.com.uy
H. Pasteur	Dra Soledad García	soledad.garcía@asse.com.uy
H. Pereira Rossell Niños	Dra. Adriana Martínez	s.psiquiatriapediatrica.chpr@hotmail.com
	Aux. Enf. Jessica Saconne	jessicasaconne2612@gmail.com
H. Pereira Rossell de la Mujer	Dra. Andrea Hopenhaym	hopen@montevideo.com.uy
	Dra. Lourdes Bertassi	loubert@live.com
H. Saint Bois	Aux. Enf. Lourdes Gimenez	milolass@hotmail.com
	Dra. Laura Bolognin	labori@adinet.com.uy
Canelones	Aux. Enf. Gabriela Marchissio	gabymarchissio@adinet.com.uy
	Lic. Ps. Paola Rebellato	prebella@adinet.com.uy
Ciudad de la Costa	Dr. Mario Ferreira	emeferre2@yahoo.com.ar
	Lic. Dora Yacovazzo	doyacovazzo@hotmail.com

Equipo	Participantes	Email
Las Piedras	Lic. TS Sandra Fleury	sfleury15@gmail.com
Pando	Lic. Ps. Fabricio Galli (Coordinador)	saludmental.pando@asse.com.uy
Santa Lucía	Aux. Enf. Javier Arcas	javiarcachico@hotmail.com
Santorál	Dra. Marianela Cabral	macabral@montevideo.com.uy
Ciudad del Plata	Dra. Victoria Brando	victoriabrandon@gmail.com
	Adm. Melly Fernandez	saludmental.cdelpata@asse.com.uy
Ciudad Vieja	Lic. Ps. Lucía Valdez	luval@adinet.com.uy
Portal Amarillo	Lic. TS Andrea Vallejo Mangini	mirayovallejo@gmail.com
SAI PPL Penal de Libertad C.N.R	Lic. Mónica Rossi	monicarossidebaere@gmail.com
	Dr. Marcelo Mundo	mundobre@hotmail.com
	Lic. Alma Fernandez	catalma@montevideo.com.uy
Colonias Etchepare	Dra. Susana Asanelli	direccion.etchepare@asse.com.uy

REFERENTES IAE Y PREVENCIÓN SUICIDIO ESM DEL INTERIOR

Equipo	Participantes	E-mail
Artigas	Lic. Ps. María Paiva	elresguardoartigas@gmail.com
		mariafp.psicologo@gmail.com
Bella Unión	Silvia Bueno	silser74@gmail.com
Bella Unión	Karina Piriz	karina_piriz@yahoo.es
Cerro Largo	Sra. Inés Gómez	inesgomez58@gmail.com
Colonia	Lic. Andrea García (Pierini)	andreaqedys@yahoo.com
Carmelo	Adm. Giovanna Lasalvia	claudia.lasalvia@asse.com.uy
		giovannalasalvia@hotmail.com
Juan Lacaze	Dr. Ariel Fernández	arfer28@hotmail.com
Nueva Palmira	T. Social M. Antonia Bruzzzone	antoniabruzzzone@hotmail.com
	Adm. Mariana Perini	smental_np@hotmail.com
Cardona del Equipo del IVE	Lic. Ps. Eiana Cabral	ecabralbionda@hotmail.com
	T. Social Leonor Malosetti	serviciosocial.cardona@asse.com.uy
Durazno	Elena Gonzalez	elegon@hotmail.com
	T. Social Ines Gómez	inesgomez18@gmail.com
	Aux. Enf. Liliana Lazo	lilianalazo9985@gmail.com
Flores	Lic. Eduardo Cardarello	ecardarello@gmail.com
	Dra. Virginia Moyano	virmoyano@gmail.com

Equipo	Participantes	E-mail
Florida	As. Rossana Cabrera.	rocabrera17@gmail.com
	Lic. Ps. Lourdes Lomando	lourdespsi@gmail.com
Lavalleja	Dr. Francisco Mautone	juanfra542002@yahoo.es
	Karolina Arbelo	karolina_arbelo@yahoo.com
RAP Maldonado	Dra. Mercedes Acuña	mercedesacu@hotmail.com
Hospital de Maldonado	Aux. Enf. Yanina Martinez	yaninamaro@gmail.com
San Carlos	Lic. Ps. Karina Vigna	psiquiatriasancar@gmail.com
Pan de Azúcar Centro Auxiliar	Leticia Sención	direccion.rapmaldonado@asse.com.uy
El Jagüel	Op. Ter. Virginia Miraballes	vmiraballes@hotmail.com
	OP. Ter. Danitsa Calavia	danicle2000@gmail.com
Paysandú	Lic. Enf. Pilar Vazquez-Ledesma	urva@adinet.com.uy p vazquezledesma@gmail.com
	Aux Enf. Giovanna Etchamendi	giovannaetchamendi@gmail.com
	Lic. Enf. Marta Echebarren	metch67@hotmail.com
Río Negro, Fray Bentos	Lic. Ps. Silvia Suhr	silsumar@yahoo.com
	Dra. Carmen Montiel	carmenmntl@gmail.com
Rivera	Dra. Carmen Montiel	carmenmntl@gmail.com
Rocha	Lic. Esp. Solange Rijo	msolrijo@gmail.com
Salto	Lic. Enf. Patricia Martinez	mayhafa@hotmail.com
	Dr. Bartolomé Cabrera	patronatosalto@adinet.com.uy
Salto RAP (Policlínicas)	Lic. Ps. Mónica Ferrari	mpm_47@hotmail.com
	Lic. Enf. Gladys Acuña	gladys.acunacorrea@asse.com.uy

Equipo	Participantes	E-mail
San José	Lic. Enf. Gimena Falero	gimefalero@hotmail.com
	Dr. Carlos Caceres	cbcaceres@gmail.com
	Aux. Enf. Daniela Barragán	dani Barra2012@gmail.com
	Aux. Enf. Maria Revetria	mariaemergencia@hotmail.com
Soriano, Cardona	Lic. Ps. Ana Ines Bentancur	anainesben@hotmail.com
	Lic. Ps. Eliana Cabral	ecabralbionda@hotmail.com
	T. Social Leonor Malosetti	serviciosocial.cardona@asse.com.uy
Soriano, Mercedes	Lic. Enf. Alejandra Palacios	maria.palacio@asse.com.uy alepabosco@hotmail.com
	Lic. Enf. Senia Duarte	senialeny@hotmail.com
Tacuarembó	Adm. Paula Costales	paucostales@hotmail.com
	Lic. Mabel Guillermo	mabelguillermo65@adinet.com.uy
Treinta y Tres	Ivoni Segovia	ivoni.s@hotmail.com
	T. Social Lourdes Balcedo	maria.balcedo@asse.com.uy
	Lic. Catalina Yapor	cayami@adinet.com.uy

ANEXO 5
PROPUESTA DE CAPACITACIÓN

1. Sensibilización de la población en general:

Objetivos:

Desarrollar acciones integradas y coordinadas entre el sector de la salud, las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de jóvenes y redes locales para el diseño de jornadas de sensibilización a la población en general sobre el estigma en salud mental y la prevención del suicidio en los adolescentes.

Público objetivo a priorizar:

Comunidad, Familias y Cuidadores

Responsables del diseño y ejecución:

Los Equipos de Salud del 1er. Nivel de Atención, los espacios adolescentes y los Referentes de IAE de ASSE en coordinación con los Grupos Departamentales de Salud (MS) para la Prevención del Suicidio y agentes comunitarios generarán alianzas estratégicas y de colaboración con otros sectores de la comunidad.

Actividades:

2 Jornadas anuales de sensibilización en cada territorio.

2. Sensibilización y Formación Continua de Equipos del Área de la Salud:

Objetivos:

Sensibilizar y fortalecer al personal de la salud en relación a la importancia de la detección oportuna de adolescente con riesgo suicida, minimizar los obstáculos en términos de mitos y/o falsas creencias que dificultan la detección precoz, facilitar el uso de estrategias para el abordaje adecuado de adolescentes con conducta suicida y desarrollar competencias para la implementación de dispositivos terapéuticos (grupales, individuales, de familia) adecuados a la demanda y al contexto. Revisión y ajustes del protocolo de IAE en Adolescentes.

Público objetivo a priorizar:

Integrantes de los Equipos de Salud del:

- 1er. Nivel de Atención – Equipos Básicos de Salud
- Departamentos de Emergencia de Hospitales Generales y servicios de urgencias del 1er. Nivel de Atención
- Unidades de Internación Pediátrica / Unidades de Internación de Medicina General
- Equipos Comunitarios de Salud Mental
- Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales
- Se ofrecerán cupos para docentes Universitarios de distintas disciplinas o carreras vinculadas con la temática (Medicina, Psicología, etc.)

Responsables del diseño y ejecución:

Referentes de los Espacios adolescentes y de IAE de ASSE en coordinación con las Unidades de Capacitación y Responsables de los servicios de salud respectivos.

Actividades:

- 2 Jornadas anuales en cada Servicio de sensibilización para la detección oportuna de adolescentes con riesgo suicida, ajustes del circuito asistencial de los adolescentes que consultaron por IAE, incluyendo la evaluación de cumplimiento con el FRO IAE.
- 1 Curso anual Introductorio sobre valoración del riesgo suicida a través de la plataforma P@sse con modalidad semipresencial para los integrantes de los Equipos de Salud de la RAP de las 4 Regiones con una carga total horaria de 20 horas (16 horas virtuales y 4 presenciales).
- 2 Jornadas de capacitación a los integrantes de los Equipos de Salud Mental en Enfoque Sistémico para el abordaje de adolescentes y familias con riesgo suicida y supervivientes.
- 2 Jornadas de Capacitación y entrenamiento en Coordinación Grupal de adolescentes y familias.
- Espacios de supervisión de dispositivos grupales de adolescentes con una frecuencia bi mensual.

3. Sensibilización y capacitación a Equipos del Sector Educación y equipos de cercanía

Objetivos:

Sensibilizar y fortalecer al personal de los centros educativos formal y no formal (docentes, maestros, educadores, etc.) en la prevención del riesgo suicida en adolescentes. Brindar herramientas para el desarrollo de estrategias que fortalezcan los factores de protección en los jóvenes estudiantes: manejo adecuado de conflictos, desarrollo de habilidades para la vida, promoción de hábitos saludables, etc. Generar alianzas de trabajo coordinado entre el sector educación y salud para la detección oportuna y abordaje de situaciones de riesgo.

Público objetivo a priorizar:

Docentes, Educadores, Adscriptos, líderes comunitarios que trabajan y/o tienen contacto con adolescentes de 10 a 19 años y hayan sufrido suicidio o presenten índice de riesgo suicida de adolescentes o familiares cercanos.

Responsables:

Los Equipos de Salud del 1er. Nivel de Atención, los espacios adolescentes y los Referentes de IAE de ASSE en coordinación con los docentes y/o educadores involucrados.

Actividades:

- Jornadas de sensibilización sobre prevención del suicidio en adolescentes con el personal docente en las que se trabaje sobre estigma y mitos. Conductas autolesivas. Enfoque preventivo, habilidades para la vida, proyectos de vida en los adolescentes.

