

PROTOCOLO DE ABORDAJE INTERSECTORIAL DEL SUICIDIO EN CHACO

*Herramientas para trabajar en red
la prevención, la atención, el registro
y la posvención.*

AUTORIDADES

Gobernador

Jorge Milton Capitanich

Vicegobernadora

Analía Rach Quiroga

Ministra de Salud Pública

Paola Benítez

Ministra de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología

Daniela Torrente

Ministra de Desarrollo Social

María Pía Chiachio Cavana

Ministra de Seguridad y Justicia

Gloria Zalazar

Secretaría de Derechos Humanos y Géneros

Silvana Pérez

Superior Tribunal de Justicia

Presidenta: Iride Grillo

Ministros: Rolando Toledo, Emilia Valle, Alberto Modi

Ministerio Público de la Defensa

Defensora General del Poder Judicial: Alicia Alcalá

AUTORIDADES DE UNICEF ARGENTINA

Representante

Luisa Brumana

Representante Adjunta

Olga Isaza

Especialista en Salud

Fernando Zingman

PARTICIPANTES

Carolina Centeno, **Subsecretaría de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos**

Cecilia Wajcman, **Unidad de Planificación Sectorial**

Ana Quintana, **Dirección de Maternidad e Infancia**

Florencia Reparaz, **Dirección de Salud Mental**

Laura Díaz, **Dirección de Salud Mental**

Liliana Ensisa, **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia**

Jessica Sabao, **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia**

Oscar Lencinas, **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia**

Cecilia Argañaraz, **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia**

Liz Mobilio, **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia**

Rocío Navarro, **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia**

Ana Mayol, **Servicio de Adolescencia del Hospital J. C. Perrando**

Kiria Gover, **Equipo de Apoyo y Orientación Escolar**

Luciana Lobera, **Equipo de Apoyo y Orientación Escolar**

Nancy Bando, **Equipo de Apoyo y Orientación Escolar**

Paola Quintana Vicente, **Dirección de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia**

Melina Aguirre Coloschi, **Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia**

María Florencia Rulfo, **Dirección de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia**

Lourdes Polo Budzovsky, **Subsecretaría de Justicia**

Gerardo Stancheff, **Subsecretaría de Relaciones Institucionales**

Juan Carlos Segovia, **Foros Vecinales de Seguridad**

Sonia Barrios, **Departamento de Violencia familiar y Género de la Policía**

Verónica Cortés, **Departamento de Violencia familiar y Género de la Policía**

Vanesa Rodríguez, **Departamento de Violencia familiar y Género de la Policía**

Edith Del Palacio, **Procuración General**

Esperanza Müller Dos Reis, **Defensoría General del Poder Judicial**

Claudia Sforza, **Órgano de Revisión de Salud Mental**

Dirección Editorial: Fernando Zingman, Especialista en Salud UNICEF Argentina.

Coordinación general: Liliana Ensisa y Jessica Sabao

Revisión técnica: Diva Moreno, Consultora de Salud UNICEF

Redacción: Cecilia Argañaraz

Corrección y edición: Rocío Navarro

Diseño: Karina E. Díaz Ott

Contacto: mesaintersuicidio@chaco.gov.ar

Se autoriza la reproducción total o parcial de este trabajo, siempre y cuando se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Agradecimientos

A José González, de la Dirección de Adolescencia y Juventudes del Ministerio de Salud de la Nación; a las trabajadoras y los trabajadores de la CONASUI – Comisión Nacional Intersectorial para el abordaje socio-comunitario de la problemática del suicidio –; a Silvia Bentolila, consultora UNICEF y asesora de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; a Sandra Novas, jefa del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Gutiérrez; a Daniel Korinfeld, magister en Salud Mental Comunitaria y experto en la problemática del suicidio; y a todas las personas que participaron de alguna u otra manera en el desarrollo de este material.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
Funciones de la Mesa intersectorial: capacitar, acompañar, articular el trabajo en red e investigar	10
ANTES: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	13
Herramientas para un abordaje comunitario, participativo, interdisciplinario, intersectorial y corresponsable	13
Qué se puede hacer en el ámbito escolar	16
Qué se puede hacer desde el sector de Desarrollo Social	16
DURANTE: ATENCIÓN	17
1. Observación de señales de alarma	17
2. Derivación para la atención	18
3. Medidas iniciales de cuidado	18
4. Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos	19
5. Evaluación de riesgo	20
6. Estrategias terapéuticas	22
Alta institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental	22
Posibles intervenciones de los equipos de apoyo y orientación escolar	23
DESPUÉS: NOTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y POSVENCIÓN	25
Datos que deben considerarse en la notificación	26
Posvención en suicidios consumados	27
Qué se puede hacer en el ámbito escolar	28
FLUJOGRAMA DE ABORDAJE INTERSECTORIAL DEL SUICIDIO EN CHACO	31
GLOSARIO	33
BIBLIOGRAFÍA	35

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa principal de mortalidad entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años. Y Argentina es uno de los países que coincide con esta tendencia. Pero la mayoría de las personas que intentan suicidarse no buscan la muerte, sino que desean dejar de sufrir. Se trata una problemática de salud que demanda políticas públicas que incentiven el trabajo en red para la prevención, la atención a quienes han intentado quitarse la vida y el acompañamiento a las personas que vivieron una pérdida.

En 2016, el **Ministerio de Salud de la provincia de Chaco** y **UNICEF Argentina** reafirmaron el compromiso de trabajo conjunto en pos de mejorar la situación de salud de la población adolescente chaqueña. En este marco, desde el **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia** (PPSIA, 2020) se realizó un estudio sobre la situación epidemiológica del suicidio e intento de suicidio en la provincia, con foco en adolescentes y para el cual se analizó un periodo de casi 40 años. Además, en varias localidades de la provincia, se organizaron grupos de discusión con actores de diferentes sectores dedicados al abordaje de la problemática del suicidio. Trabajadores de salud pública, de organismos de protección, de fuerzas de seguridad y de educación fueron detectando los obstáculos que se les presentan para el registro de los casos, la prevención, el tratamiento, el seguimiento, el acompañamiento en la posvención –es decir, la atención a los familiares y amigos de la que persona que se suicidó–.

A partir de este trabajo se estableció una serie de **objetivos estratégicos para mejorar la situación**. Uno de ellos es el de generar acuerdos intersectoriales para articular las acciones. Así, en octubre de 2019, con el respaldo de la Subsecretaría de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos y de la Dirección de Maternidad e Infancia de la cual depende, el PPSIA convocó a la conformación de una **Mesa intersectorial de prevención del suicidio y atención de la posvención** (Decreto 1707, 2020). En ella se reúnen desde entonces representantes de los Ministerios de Salud Pública; de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología; de Desarrollo Social; de Seguridad y Justicia; de la Secretaría de Derechos Humanos y Géneros; y del Poder Judicial de la Provincia.

Funciones de la Mesa intersectorial: capacitar, acompañar, articular el trabajo en red e investigar

El objetivo principal de la **Mesa intersectorial** es lograr la **disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio** en la provincia. Esta guía pretende orientar a quienes deben intervenir frente a situaciones de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones o ante signos de alarma. Pero más allá de las estrategias que pueda brindar en este documento, la **Mesa intersectorial** también se constituye como un actor dispuesto a sostener acciones y **acompañar a quienes lo requieran** –tal como ocurrió en 2020, en contexto de pandemia, con la comunidad de Miraflores, ante los suicidios de dos adolescentes; o con la comunidad de los barrios del Gran Toba–.

Otra de las tareas que viene realizando es la de desarrollar **propuestas de formación** para todos los actores intervinientes de acuerdo con las características de su sector y su nivel de incumbencia en la problemática. Por ejemplo, se han brindado capacitaciones a trabajadores de diversas disciplinas y organismos estatales desde los inicios del ASPO dispuesto a nivel provincial y nacional, con temáticas como **Urgencias subjetivas en tiempo de pandemia, Evaluación de riesgo y atención inicial del intento de suicidio y de las autolesiones**, así como otras destinadas específicamente al del Departamento Güemes –sobre el rol de las instituciones en la prevención y abordaje de las conductas suicidas– y a comunicadores sociales del Gran Resistencia –en relación a un abordaje responsable de las noticias vinculadas a la problemática–.

Unificar el **sistema de notificación, registro y análisis de los datos** en todas las áreas intervinientes para casos de conductas suicidas es otro de los objetivos estratégicos de la **Mesa intersectorial**. Los datos deben dar cuenta con la mayor precisión posible de la magnitud de casos que se atienden porque incide en las decisiones que se toman en relación a la temática. Es por ello que tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados deben **notificarse obligatoriamente** a la Mesa intersectorial. No se trata de una denuncia, sino de una comunicación que posibilita tanto el estudio estadístico como activar la red para garantizar el derecho a la atención a aquella persona que realizó un intento de suicidio o a quienes estuvieron vinculadas con alguien que se quitó la vida.

Las propuestas aquí presentadas están respaldadas por el **marco normativo** dado por las leyes nacionales 27.130 de Prevención del Suicidio (2015), 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010), 26.061 de Protección integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2005), y las leyes provinciales 2305-G de Adhesión a la ley nacional de Prevención del Suicidio (2015), 2086-C de Protección integral de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2012), Decreto 462/20 Creación de Policía Sanitaria (2020).

El abordaje que se recomienda es **integral y con un enfoque de derechos**, el cual implica tener en cuenta procesos históricos, de filiación intergeneracionales, estructuras productivas, perspectiva de género, aspectos interculturales y migratorios, entre otros factores. Además, supone un enfoque amplio de la salud en general y del fenómeno de la violencia autoinfligida, en particular. Entonces, esta problemática es competencia del sector Salud, pero no exclusivamente suya, por lo que **las acciones deben ser múltiples y coordinadas**, con eje en lo interdisciplinar, lo intersectorial y la corresponsabilidad, en línea con la estrategia de **Atención Primaria de la Salud (APS)** (CONASUI, 2020).


La APS es una estrategia transversal a todos los niveles de atención del sistema sanitario orientada a la salud y el bienestar a partir de las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Si bien incluye el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, la APS hace foco especialmente en la promoción y prevención primaria, por lo que el primer nivel de atención de la salud tiene un rol central en el desarrollo de esta estrategia, al desplegar una función de mediación y coordinación que **transforma efectivamente la pirámide de la atención en una red**, donde las relaciones entre el equipo de salud y los demás servicios e instituciones ya no están basadas únicamente en una jerarquía verticalista y en la derivación hacia arriba, sino en la cooperación y la coordinación. El equipo de salud del primer nivel de atención se convierte así en el mediador entre organizaciones públicas, privadas y de la comunidad con los demás niveles de atención que constituyen la red de servicios en el sistema de salud (OMS, 2008).

ANTES: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La **prevención de la enfermedad** es una acción específica que generalmente emana del sector sanitario y que considera a los individuos y las poblaciones expuestos a factores de riesgo identificables. En cambio, la **promoción de la salud** se configura como una práctica integral que involucra a diversos actores institucionales y comunitarios en acciones inespecíficas orientadas al bienestar y al cuidado en general. En este caso es esencial la participación comunitaria, la producción de conocimientos interdisciplinarios, la implementación de abordajes intersectoriales y en red (OMS, 1998).

Para pensar en acciones de promoción y prevención, hay que tener en cuenta que la multiplicidad de causas y la complejidad de una situación de suicidio implica considerar que no existen tipologías que indiquen o permitan identificar a un sujeto como “potencial suicida”. Generalmente, ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida. Con mayor frecuencia, varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida. En este sentido es que se plantea que estos eventos no puedan ser ni cabalmente comprensibles ni previsibles en todos los casos. Sin embargo, esto no es igual a decir que nada puede pensarse y hacerse al respecto (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017).

Herramientas para un abordaje comunitario, participativo, interdisciplinario, intersectorial y corresponsable

 **COMUNICAR QUE ESTAMOS PRESENTES.** Es necesario comunicarnos desde la empatía y desde una escucha no crítica. En primera instancia, la persona necesita de alguien que le empiece a devolver la sensación de que es importante, valiosa, humana. Recién después vendrá el pedido de ayuda o el poder expresar las razones de su dolor. Es necesario que previamente se establezca un vínculo seguro que le otorgue la certeza de que lo que nos va a contar, nos interesa lo suficiente. En este punto de solicitud de ayuda, la ayuda técnica es insuficiente e inadecuada. **La esperanza está puesta en que alguien se haga presente, no en que lo ayude correctamente.** Se apela a una persona, no a un procedimiento. Se puede ayudar comunicándole que ahí estamos, que nos interesa su sufrimiento sea quien sea y que estamos dispuestos a recorrer juntos un trecho hasta que pueda hacerlo sola. Es necesario comunicárselo para que se sienta convocada. Esta es la **comunicación preventiva**, la que por la fuerza contenedora del ofrecimiento expresa **una presencia capaz de aceptar, acompañar y sostener en el dolor hasta que se haga soportable.** Estar presente es estar íntegramente: permanecer, continuar, asegurar, contener, recibir, sostener, comunicar (ASULAC, 2016).


PRESTAR ATENCIÓN A CUALQUIER CAMBIO EN LA CONDUCTA HABITUAL DE UNA PERSONA. Si esa modificación no obedece a causas evidentes puede ser síntoma de un problema emocional. Nunca está de más preguntar “¿Qué te está pasando?”. Así, sabrá que a alguien le importa lo que le está pasando.


ESCUCHAR MANIFESTACIONES VERBALES Y NO VERBALES DE LA CONDUCTA SUICIDA. Se cree que quien piensa en el suicidio siempre lo dice. Y puede que así sea, pero rara vez lo expresan literalmente. Debemos prestar atención a frases como “quisiera desaparecer”, “me quiero ir de viaje y no volver más”, o simplemente “estoy cansado de todo esto” en un contexto donde no se entiende de qué. Estas frases son como pedidos de ayuda. La persona que las dice necesita ser escuchada. (Ver: “Todos podemos prevenir un suicidio” del Centro de Asistencia al Suicida y Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS, 2012). Se debe mantener **una escucha activa y un interés genuino**, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:


- *Cuidar la privacidad y garantizarle la confidencialidad del diálogo.*
- *No temer preguntar sobre los pensamientos suicidas o de muerte.*
- *No dejarse llevar por sus propias suposiciones e intentar dejar de lado sus prejuicios.*
- *No interrumpir innecesariamente el discurso de la persona, recordar que ella es la protagonista de la charla.*
- *No minimizar los problemas o estados emocionales de la persona.*
- *Evitar los juicios de valor o el proponer soluciones “fáciles”.*
- *Sugerir en lugar de indicar.*
- *Hacerle saber a la persona que puede contar con usted y sugerirle que no deje de buscar ayuda.*


MITOS Y PREJUICIOS SOBRE EL SUICIDIO. Alrededor de la problemática del suicidio circulan varios mitos que afectan las prácticas de prevención y posvención. Gran parte de estos prejuicios son refutados por la evidencia científica generada por la OMS y otras instituciones, por lo que se recomienda ponerlos en discusión (OPS/OMS, 2014; DNSMyA, 2018a).

HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS INTEGRAL. Permiten explorar, identificar y aproximarse a una comprensión de las complejas interacciones entre los múltiples factores - individuales y contextuales- que inciden en el fenómeno de la violencia autoinfligida en la adolescencia. Algunas de ellas son el **Modelo ecológico** (Ver: OMS/OPS, 2003), el **Árbol de problemas**, la **Espina de pescado** (Ver: Análisis Causa Raíz en UNICEF, 2011).

 **PROMOCIÓN DE ESPACIOS QUE PROPICIEN LA CIRCULACIÓN DE LA PALABRA, EXPRESIONES Y DESEOS.** Es necesario desarrollar intervenciones que habiliten, a partir de una escucha activa, la circulación de la palabra y el despliegue de procesos de construcción de confianza entre pares y, en el caso de niños, niñas y adolescentes (NNyA) con adultas y adultos referentes. Se puede promover: talleres participativos, foros, mesas redondas; articulaciones con espacios laborales, escuelas, organizaciones juveniles, clubes, centros de recreación; identificar temáticas de interés para llevar adelante un diseño participativo de actividades; formar acompañantes para que se posicionen como referentes en sus comunidades y promuevan procesos de transferencia de conocimientos y aprendizajes en la comunidad; difundir recursos culturales, recreativos y educativos; implementar dispositivos de Asesorías de Salud Integral; realizar campañas de prevención y sensibilización en medios de comunicación y espacios públicos. (Ver: PNSIA, 2017 y RIEPS, 2013).

 **IDENTIFICAR DE MANERA TEMPRANA RIESGOS Y VULNERABILIDADES ESPECÍFICAS.** Para prevenir cualquier situación de intento de suicidio es importante notar aspectos a nivel individual, vincular y comunitario que podrían incidir –violencias, consumo problemático de sustancias, etcétera-. En este sentido, sugerimos la **capacitación en primeros auxilios psicológicos** para los trabajadores de cada sector (Ley de prevención del suicidio, Artículos 4 y 5). Y también recomendamos seguir los **lineamientos de mhGAP** y las sugerencias del **Centro de Asistencia al Suicida** para los niveles de atención de la salud no especializada.

 **MANTENER UNA CORRECTA COMUNICACIÓN DEL SUICIDIO Y LAS AUTOLESIONES.** Brindar información clara y confiable (citar fuentes, priorizar información oficial y basada en la evidencia, detallar instituciones a las que se puede recurrir). En los casos en que interviene la prensa u otros medios de comunicación deben aplicarse las recomendaciones para el tratamiento mediático de este tema. También es importante tener en cuenta al comunicar este tipo de eventos ya sea hacia la comunidad o entre equipos de trabajo no usar un lenguaje discriminatorio o estigmatizante, evitar marcar una causa o cualquier expresión que lleve al reduccionismo de estas situaciones complejas o a una morbosidad sensacionalista (Ver: Prevención del Suicidio. Un instrumento para los profesionales de los medios de comunicación. OMS,2000)

 **SISTEMATIZACIÓN DEL CIRCUITO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL.** Fortalecimiento de redes locales que incluyan a las áreas estratégicas del sistema de salud y a otros actores involucrados en el tema, para el armado e implementación de un sistema de alerta temprana y respuesta oportuna (CONASUI, 2020).

✓ **Qué se puede hacer en el ámbito escolar**

Basado en el texto “Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación”, del Ministerio de Educación de la Nación (2015).

- **Generar o reactivar los dispositivos de intervención y acompañamiento a educadores, directivos y equipos técnicos.** Así, se podrán construir criterios de abordaje centralizado y preparar un dispositivo de emergencia conformado por la dirección y dos o tres integrantes de la institución.
- Compartir e intercambiar entre los adultos de la institución el conjunto de **criterios generales que serán flexibles pero orientadores respecto de la problemática:** Trabajar en torno a los mitos acerca del suicidio. Qué significa escuchar y acompañar. Cómo hacer frente al desborde de los adultos. El tiempo del duelo. La vuelta a la normalidad. Las herramientas expresivas que propician su elaboración.
- Disposición y activación de las redes comunitarias, interculturales, de desarrollo profesional y formación permanente sobre el concepto de corresponsabilidad.
- Propiciar espacios grupales para los estudiantes que generen confianza y disposición a la escucha. **En el caso de pueblos indígenas convocar a intérpretes bilingües.**
- Trabajar con las y los estudiantes los lineamientos curriculares de la ESI y de Prevención de las adicciones del CFE.
- Atención flexible a los comportamientos de los estudiantes y más intensa cuando se advierten cambios bruscos de conducta o actitudes rígidas que no se modifican con el tiempo.
- Realizar interconsultas con especialistas de Salud Mental.
- El Equipo de conducción debe disponer de un tercero externo que funcione como contención y supervisión de la marcha de la crisis (Equipo de Apoyo y Orientación Escolar).
- Elaboración de una propuesta de trabajo para el Día mundial de la prevención del suicidio, en jornada institucional. Elaboración de folletos, materiales audiovisuales, etcétera, para difundir la problemática en las redes del Ministerio de Educación.

✓ **Qué se puede hacer desde el sector de Desarrollo Social**

- Actividades de promoción de la Salud para quienes residen en los dispositivos de alojamiento.
- Capacitación para personal de los dispositivos de alojamiento y para las y los trabajadores de las líneas telefónicas de este Ministerio.
- Campañas de concientización para la población en general y capacitación a trabajadores de prensa desde el área de Comunicación institucional del Ministerio.

DURANTE: ATENCIÓN

El flujo y el marco general de atención se trabajaron adaptando los lineamientos de atención del suicidio en la adolescencia que propone el Ministerio de Salud de la Nación (DNSMyA, 2018b). El abordaje debe ser **integral e integrado** –considerando a la persona que requiere asistencia, a su familia y a su entorno–, **interdisciplinario e intersectorial**. Se debe ayudar a la persona **sin ningún tipo de menoscabo o discriminación**, muy especialmente si se tratara de **NNA**. Y habrá que solicitar intérprete bilingüe si se trata de alguien **indígena**.

El intento de suicidio no está penalizado en el Derecho Argentino, por lo que **no se lo debe denunciar a la policía**, ni adoptar medidas de encierro. Por otra parte, en cuanto el estado de conciencia de la persona lo permita, deberá obtenerse el **consentimiento informado**, propiciando que exponga sus opiniones libremente y tomándolas en consideración, suministrándole información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados. Además, los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la **confidencialidad** de la información médica.

En el caso de un **NNA** que comete un intento de suicidio se considera que se encuentra en situación de vulneración o amenaza grave de sus derechos, por lo cual es obligatoria la **comunicación a la autoridad administrativa** que corresponda en el ámbito local a los efectos de solicitar medidas de protección integral. Además, es imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a sus **referentes afectivos** para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad. Como así también es necesario prestar especial atención a **entornos familiares que requieran un tratamiento** en tanto pudieran generar, por acción u omisión, un mayor marco de violencia (abuso, abandono y/o maltrato).

Si una persona que cometió un intento de suicidio posee un **elemento de letalidad**, riesgoso para sí o para terceros, teniendo en cuenta los principios de accesibilidad, seguridad y cuidado en la prestación de la Salud, el profesional deberá tomar los recaudos necesarios para el apartamiento de dicho elemento. Si las medidas o recaudos son insuficientes, atento la gravedad del caso, podrá solicitar intervención a la Policía Sanitaria para que proceda a dicho apartamiento.

1. OBSERVACIÓN DE SEÑALES DE ALARMA

- Puede realizarse en **diversos ámbitos**: la escuela, el trabajo, organismos de protección, espacios comunitarios, dependencias de salud, llamados a una línea telefónica de emergencias, intervenciones de la Policía Sanitaria.

- Un intento de suicidio puede ser referido por la persona que lo protagonizó o por terceros, e inferido por el profesional o por un equipo de salud. La mejor forma de detectar el intento de suicidio es preguntando sobre ello.
- Si se observan señales de alarma en una o un estudiante, la asesora o el asesor en Salud Integral Adolescente de la escuela le facilitará un turno protegido en el centro de salud u hospital más cercano. Si la institución no cuenta con asesores, los adultos deberán comunicarse con los dispositivos de salud o salud mental de la comunidad.
- Si las señales se observan en el ámbito laboral público o privado se deberá acompañar en la búsqueda de asesoramiento profesional.
- Se debe identificar algún referente familiar, laboral o comunitario de la persona.

2. DERIVACIÓN PARA LA ATENCIÓN

- La derivación siempre se hará a la institución sanitaria más cercana al domicilio de la persona.
- En caso de necesitar traslado, se podrá llamar a la Policía Sanitaria, a la línea 107 o al servicio de emergencia más cercano.
- Toda derivación a un servicio de emergencia deberá efectuarse con el acompañamiento de un integrante del equipo profesional interviniente, evitando enviar únicamente al paciente y su acompañante vincular, en un marco de corresponsabilidad.

3. MEDIDAS INICIALES DE CUIDADO

- Si en la institución sanitaria no se cuenta con un profesional de la Salud Mental, cualquier trabajador de Salud puede realizar intervenciones de **contención y acompañamiento** (Consultar: Guías mhGAP).
- La atención debe ser **receptiva y humanitaria**, darse en un ambiente de privacidad y disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza, prestando cuidado al posible malestar emocional asociado a los actos de autolesión.
- El o la paciente no debe permanecer en ningún momento solo, estará acompañado o acompañada por un referente vincular (en el caso de NNA, un adulto responsable) y/o por personal sanitario. Si se tratara de un NNA, una vez que se encuentra en una institución, la responsabilidad recaerá sobre esta y no ya en el adulto responsable que lo o la acompañó.
- Se recomienda identificar en el entorno acompañante a algún referente vincular que pudiera colaborar durante el proceso de atención y al cual también es recomendable brindar apoyo y contención.

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

Asimismo, también es necesario observar las condiciones edilicias, evitando por ejemplo que el paciente permanezca cerca de ventanas si está en una sala en altura. Además, hay que revisar que no tenga consigo elementos riesgosos.

- Nunca se deben desestimar los relatos, ni emitir juicios morales o de valor.

4. EVALUACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSÍQUICOS

Evaluar:

- Signos vitales.
- Examen físico completo identificando lesiones físicas no observables a primera vista, se considerarán tanto las recientes como cicatrices u otras secuelas –por ejemplo, cortes en el cuerpo, signos de asfixia, u otras.
- Signos de abuso sexual y/o maltrato.
- Signos físicos de ingestión de alcohol o abuso de drogas y otras sustancias tóxicas.
- Embarazo.
- Estado de conciencia y estado psíquico global.
- En todos los casos se debe prestar especial atención ante un nivel de ansiedad alto, expresado por hiperactividad motriz y/o psíquica, o desasosiego.
- Llanto incoercible.
- Actitud o conducta lesiva.
- Amenazas verbales o actitud amenazante.
- Retraimiento, hermetismo, mutismo, o catatonía.
- Actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide.
- Estado alucinatorio o confusión mental.

Estabilización:

- Tratamiento médico habitual de los síntomas físicos o lesiones si las hubiera.
- Tratamiento de los síntomas psíquicos que se presenten en la urgencia, priorizando la intervención verbal. En caso de excitación psicomotriz franca que no responde a esto, implementar contención medicamentosa y/o física, teniendo la precaución de que la sedación no interactúe o potencie los efectos de otro cuadro.
- Realizar un diagnóstico diferencial entre trastorno mental e intoxicación por sustancias de abuso, medicamentos u otros cuadros de causas diversas –orgánicas,

metabólicas, entre otras. Tener en cuenta que estos cuadros pueden coexistir y requieren tratamiento médico causal o específico.

5. EVALUACIÓN DEL RIESGO

En todos los casos, se recomienda **realizar la evaluación del riesgo en equipo** de por lo menos dos profesionales.

La letalidad del método utilizado por quien realizó un intento de suicidio es uno de los factores centrales a considerar cuando se evalúe el riesgo de un nuevo intento y se consideren las estrategias terapéuticas. Son métodos de **ALTA letalidad**: el ahorcamiento; el uso de armas de fuego; el arroyamiento por vehículos o tren; el lanzamiento de altura; la intoxicación con gas; la electrocución; la intoxicación con elementos altamente tóxicos –aún en poca cantidad–; la intoxicación con elementos de baja toxicidad, pero cuya letalidad está dada por la cantidad o modalidad de ingestión; las heridas cortantes. En cambio, se consideran métodos de **MODERADA y BAJA letalidad**: la ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y en pequeña cantidad; los cortes leves, escasos y superficiales; cualquier otra conducta de autoagresión que no hubiere ocasionado daños severos.

Otros aspectos a considerar son:

- La planificación del acto.
- Las circunstancias en las que se concretó el plan.
- El grado de impulsividad.
- La actitud y afecto posterior al intento.
- El estado psíquico al momento de la consulta.
- Si existió intoxicación o consumo agudo de sustancias: alcohol o drogas.
- Si se trata de una acción autolesiva repetida.
- Si hubo intentos previos.
- La presencia de una patología psiquiátrica previa.
- La existencia de una patología orgánica grave, crónica y/o terminal.
- La existencia de un evento estresante desencadenante del acto o ideación autolesiva –abuso sexual, embarazo, etcétera–.
- El contexto socio familiar.

Es necesario **entrevistar: al paciente**, de ser posible sin la presencia de su acompañante, preguntándole abiertamente acerca de la ideación y la intención; en el caso de NNA, al **adulto referente o núcleo familiar acompañante** –y si no existieran se comunicará a la autoridad administrativa de protección de derechos–; y a otros **referentes o pares** presentes o que se considere pertinente convocar –referente cultural si la persona es indígena, pareja, amigos, vecinos, docentes, compañeros de trabajo, etc.–. Si los referentes vinculares no están

presentes se los llamará de inmediato. En tanto en caso de ser necesario a causa de situaciones de violencia o ausencia de referentes afectivos, por ejemplo, el sector de Desarrollo Social dispondrá de dispositivos de alojamiento (espacios de convivencia).

Es frecuente que el intento sea expresión de un **malestar o sufrimiento en el ámbito de los vínculos afectivos cercanos**, por lo tanto, si no se trabaja terapéuticamente la situación con los integrantes de ese entorno se corre el riesgo de que se perpetúen las conductas. Los cuidadores deben ser asistidos y contenidos por parte del sistema sanitario, contando con **un espacio de psico-educación que los oriente sobre las medidas de protección y cuidados** (retirar elementos peligrosos, prestar atención a los primeros meses luego del intento, continuar con el tratamiento en Salud Mental y las redes de apoyo, etc.).

Factores de riesgo asociados al intento de suicidio o autolesión que demandan la interconsulta con el equipo de Salud Mental previa al alta

- Acción autolesiva grave y/o método de alta letalidad.
- Acción llevada a cabo con alto grado de impulsividad y/o planificación.
- Persistencia de la ideación suicida y/o autolesiva.
- Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión del paciente o intento de suicidio o suicido de personas cercanas.
- Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz).
- Presencia de trastorno mental: evidente autoconcepto deteriorado o denigratorio; ideas de desesperanza u otros síntomas depresivos; alteraciones de la sensopercepción o ideación delirante relacionadas con la auto agresión; síntomas maníacos; síntomas graves de impulsividad, paciente que presente episodio de excitación psicomotriz o de ansiedad incoercible de cualquier origen.
- Retraimiento severo al momento de la consulta que no permita la evaluación.
- Antecedentes de retraimiento social y aislamiento grave.
- Historia de situaciones traumáticas (abuso sexual, maltrato físico, desamparo, etc.)
- Enfermedad grave, crónica o de mal pronóstico del paciente.
- Ausencia de red sociofamiliar de contención.

Si existen dudas acerca de los resultados de la evaluación realizada, se sugiere que la persona permanezca un lapso breve a determinar por los profesionales intervinientes y según las posibilidades de cada caso. Se realizará una nueva evaluación, con la persona y/o el adulto a cargo, que podrá ayudar a ratificar o rectificar alguno de los factores antes mencionados, o incluso constatar alguna modificación que pudiere haberse producido. Después se decidirá la estrategia a seguir.

6. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Cuando el riesgo sea **BAJO** se hará un seguimiento ambulatorio intersectorial dentro de los 7 días subsiguientes. Cuando sea **MODERADO** o **ALTO**:

- Habrá una internación o permanencia en guardia o sala del hospital polivalente para observación.
- Se requerirá la evaluación por parte de un profesional de Salud Mental en un lapso no mayor a 48 horas (dependiendo de la accesibilidad a la consulta con especialista).
- No se debe indicar derivación a una institución monovalente de Salud Mental.
- Se articularán estrategias interseccionales e intersectoriales según las características del caso.
- 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.
- Se hará un registro en la historia clínica de las intervenciones realizadas.
- Se realizará un seguimiento ambulatorio intersectorial dentro de los 7 días subsiguientes.

Alta institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental

Para consensuar el alta, la intervención interdisciplinaria de los servicios implicados debe incluir una propuesta de **plan terapéutico integral**, que contemple aspectos orgánicos, psicológicos y sociales, a desarrollarse en un centro de salud cercano al domicilio del paciente.

Se podrá considerar la posibilidad de alta con indicación de seguimiento por el equipo de Salud Mental cuando se verifiquen los siguientes ítems:

- La acción autolesiva es de bajo grado de agresión.
- Ideación de poca consistencia.
- El contexto socio familiar se evalúa como continente y los referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado.
- La persona 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 un profesional de la Salud Mental. Se debe especificar fecha y hora del turno y nombre del profesional (dentro de los 7 días subsiguientes).
- En el caso de NNA: Acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto.
- En el caso de pueblos indígenas: Articulación de acciones con referentes culturales.

- En caso de adultos en situación de calle: Acompañamiento de los organismos de protección correspondiente.
- Registro sistemático de las intervenciones realizadas.

Posibles intervenciones de los equipos de apoyo y orientación escolar

Basado en el texto “Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación”, del Ministerio de Educación de la Nación (2015).

- Focalizarse en el Dispositivo de Emergencia y diseñar un plan de acción dinámico y flexible a partir de los criterios previamente establecidos.
- Acompañar a las y los amigos y compañeros más cercanos en forma de encuentros grupales, evaluando qué docente está en mejores condiciones para realizarlo.
- Acompañar de forma inmediata a las y los docentes para evitar desbordes de angustia. Contar con un espacio diferenciado del de los estudiantes para hablar y compartir lo que están viviendo, coordinado por el Equipo de Apoyo y Orientación Escolar.
- Acompañar a las familias con criterio de corresponsabilidad e incluyendo a los servicios de Salud y/o Salud Mental.
- Evaluar los tiempos necesarios para volver a las rutinas escolares teniendo en cuenta las particularidades de los diferentes actores.
- Si el caso trasciende a los medios de comunicación, el equipo que conduce la emergencia será el encargado de informar responsablemente a los periodistas.
- Se recomienda que las acciones sean coordinadas por al menos dos personas, evitar discursos vitalistas y no concentrarse en la búsqueda de causas y sentidos (actitud detectivesca).

DESPUÉS: NOTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y POSVENCIÓN

Una vez concluida la instancia de atención en la urgencia, se deben implementar **intervenciones que hagan efectivo el acompañamiento a la persona que sufrió la crisis y a su entorno**, a corto y mediano plazo, cuidando que no se vulnere su intimidad y generando confianza (CONASUI, 2020). Esta continuidad de la atención y los cuidados iniciará con la **notificación a la Mesa intersectorial** de cada caso de **intento de suicidio o suicidio consumado**. A través de esa comunicación, la Mesa se pondrá a disposición del equipo interviniente para colaborar en la construcción de una red local, intersectorial e intercultural que fortalezca los lazos vinculares y comunitarios, y realizar el seguimiento mediante la **Estrategia Navegadoras**.

El Ministerio de Salud de la Nación (DNSMyA, 2018b) recomienda que el seguimiento coordinado por Salud esté orientado hacia:

- Establecer conexiones y estrategias conjuntas con otros referentes y ámbitos de inserción (institución escolar, religiosa, club, ámbito laboral, etc.) con el fin de activar el **apoyo psicosocial** y favorecer la inclusión o continuidad en sus ámbitos significativos.
- Identificar equipos o profesionales referentes del área o región que pueden intervenir de manera intersectorial en el acompañamiento, el seguimiento de derivaciones, el monitoreo del cumplimiento del plan terapéutico y de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento.
- 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. Para ello es muy importante la priorización de turno para evaluación y tratamiento e intervención activa con visitas domiciliarias de ser necesario. Además, se sugiere la realización de búsqueda activa, si la persona no asiste al turno. 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 de algún agente del sector que intervino y el mantenimiento de la oferta de turno en salud mental.
- **Asesorar a los referentes, a los familiares, y al entorno cercano en su rol de cuidadores** mientras persista el riesgo. El **equipo interviniente** puede sugerirles:
 - 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.

- Que cuando los familiares o cuidadores se sientan frustrados, eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.
- Fortalecer la articulación con las instancias administrativa y legal según corresponda: organismos de protección de derechos del NNA o de personas en situación de calle, organismos del ámbito judicial, dependencias de salud indígena, etc.
- Complementar el **enfoque tradicional de riesgo** con la **perspectiva de construcción de factores protectores**, tanto en el propio sujeto como en su entorno, construyendo una red de sostén socio afectivo, coordinando el apoyo social de acuerdo a los recursos comunitarios disponibles –familiares, amigos, vecinos, líderes religiosos, maestros–. En el caso de NNA es fundamental el acompañamiento de un adulto referente significativo, el afianzamiento de lazos afectivos y la inclusión en actividades sociales. En el caso de población indígena es importante articular intervenciones con algún referente cultural.
- Ofrecer desde el equipo interviniente apoyo emocional a los familiares o cuidadores si lo necesitan e identificar las personas del entorno más afectado y en riesgo. Estar al cuidado de una persona con riesgo de autolesión genera tensión psíquica.
- Intervenir frente a un caso de suicidio a partir de las 48 a 72 horas posteriores al evento y en un plazo de hasta dos meses, y mantener un seguimiento de dos años como mínimo (OPS/OMS, 2018).

Por su parte, varias de las recomendaciones expuestas habrán de asumirlas las **Navegadoras** (INC, 2019), quienes **identificarán y contactarán** a las personas que no concluyeron el plan terapéutico propuesto para **vincularlas nuevamente con los sectores intervinientes** (salud, educación, desarrollo social, seguridad, justicia, otros ambientes comunitarios) en pos de facilitar la adherencia y el acceso a las distintas instancias de intervención o bien para obtener información que permita hacer avanzar o cerrar un caso. Además, harán un **monitoreo** del avance o discontinuidad del proceso de intervención de las personas contactadas y un **registro** de esa información.

Datos que deben considerarse en la notificación

- Fecha:
- Nombre y apellido:
- DNI:
- Edad:
- Dirección:
- Teléfono:

- Nombre del referente:
- Dirección del referente:
- Teléfono del referente:
- Descripción del riesgo
 - Nivel de riesgo:
 - Primera vez o ulterior:
 - N° de intentos previos:
 - Antecedentes de suicidio:
 - Fecha suicidio o intento de suicidio actual:
 - Lugar suicidio o intento de suicidio actual:
 - Método suicidio o intento de suicidio actual:
 - Características de la conducta de riesgo:
- Atención
 - Intervención realizada:
 - Profesional interviniente:
 - DX CIE10:
 - Tratamiento propuesto:
 - Responsable del seguimiento:

Posvención en suicidios consumados

Ante un suicidio consumado se deben implementar intervenciones destinadas a reducir el impacto del hecho, garantizando la orientación, contención y acompañamiento de familiares, grupos de pares y la comunidad en general en la tramitación del dolor y el trabajo del duelo. La posvención tiene que darse en un plazo no mayor a 30 días, trabajando en red y en equipo para poder repensar, acompañar y diagramar acciones junto a las personas involucradas y realizar un diagnóstico de situación identificando signos de vulnerabilidad para intervenir de manera oportuna, articulando con aquellos efectores que puedan garantizar un abordaje específico y adecuado (CONASUI, 2020).

Se recomienda:

- Consolidar una red intersectorial local que nucleee tanto áreas estratégicas del sistema de salud como del resto de los organismos y organizaciones locales que

tienen dentro de sus prácticas institucionales algún tipo de intervención en eventos vinculados a la violencia autoinfligida (organismos de protección, sistema judicial, ámbito escolar, salud indígena, otros ambientes comunitarios, etc.).

- Favorecer el duelo y su elaboración. La comunicación de los sentimientos es una parte importante en el proceso de elaboración del duelo. La tramitación colectiva es la más indicada en este tipo de casos y permite visualizar si en alguna situación en particular es pertinente dar intervención a la red de salud (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017). Aunque la convocatoria a expertos en la problemática no debe configurarse como una respuesta única o superadora.
- Implementar estrategias que permitan promover **espacios que hagan lugar a la palabra** –sin exigirla– y garanticen una escucha activa para afianzar vínculos de confianza y procesos de acompañamiento (CONASUI, 2020).
- La **autopsia verbal** es un instrumento de recolección de información que tiene como objetivo indagar y analizar las causas y circunstancias de muerte de una persona, a partir de la reconstrucción y caracterización de su historia de vida. A la vez se configura como una estrategia de posvención para el entorno afectado, puesto que “la entrevista y la investigación en general son mecanismos terapéuticos, ya que permiten comunicar pensamientos y sentimientos sobre la persona fallecida, como así también la percepción que cada uno tiene sobre su muerte” (Martínez, 2017). Se recomienda que las entrevistas se lleven a cabo en forma presencial en el ámbito familiar por un equipo psicosocial capacitado para tal fin.
- El **relevamiento psicosocial integral** es un instrumento que consiste en un cuestionario administrado por profesionales capacitados –psicólogos, trabajadores sociales, médicos de emergencia, etc. –, que incluye una serie de preguntas dirigidas a personas que tenían relación directa con quien falleció –en sus ámbitos familiar, laboral, escolar, social–. Su implementación favorece la evaluación del impacto y del estado de afectación de las personas próximas a un evento de suicidio y, al mismo tiempo, permite evaluar los factores protectores intrapsíquicos y colectivos, con un amplio registro de los aspectos bio-psico-sociales y con un fuerte sentido preventivo, dado que permite el señalamiento directo de aspectos de autocuidado y cuidado hacia otros (Altavilla, 2019).

Qué se puede hacer en el ámbito escolar

Basado en el texto “Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación”, del Ministerio de Educación de la Nación (2015).

- Prestar especial atención a la información brindada desde el 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. Para ello se deberá trabajar intersectorialmente a fin de que se implementen acciones de contención.
- Generar o retomar los dispositivos grupales que permitan a las y los docentes a fortalecerse frente a las y los estudiantes y elaborar los reflejos del impacto, del dolor y del miedo que se vivió colectivamente.
- Evitar emitir juicios acerca de la conducta de la persona que se suicidó o que intentó hacerlo.
- Realizar el seguimiento de la situación de las personas que conforman el entorno del estudiante que se suicidó o realizó tentativa, articulando con los trabajadores de Salud o Salud Mental.
- Focalizar en el mejoramiento de estrategias y acciones orientadas a sostener, acompañar, escuchar, hacer lugar. Permitir el despliegue de proyectos vitales en el contexto de la convivencia escolar.
- Fortalecer la red escolar con docentes dispuestos y capaces para acompañar el después.
- No instalar el tema de manera sistemática en la agenda institucional.
- No promover espacios al modo de altares permanentes en memoria de quien falleció. Si surge espontáneamente, acompañar el proceso desde la idea de su transitoriedad.

FLUJOGRAMA de abordaje intersectorial del SUICIDIO en CHACO

Este Flujoograma es parte del Protocolo de abordaje intersectorial del suicidio en Chaco, un documento que brinda herramientas para trabajar en red la prevención, la atención, el registro y la posverificación.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

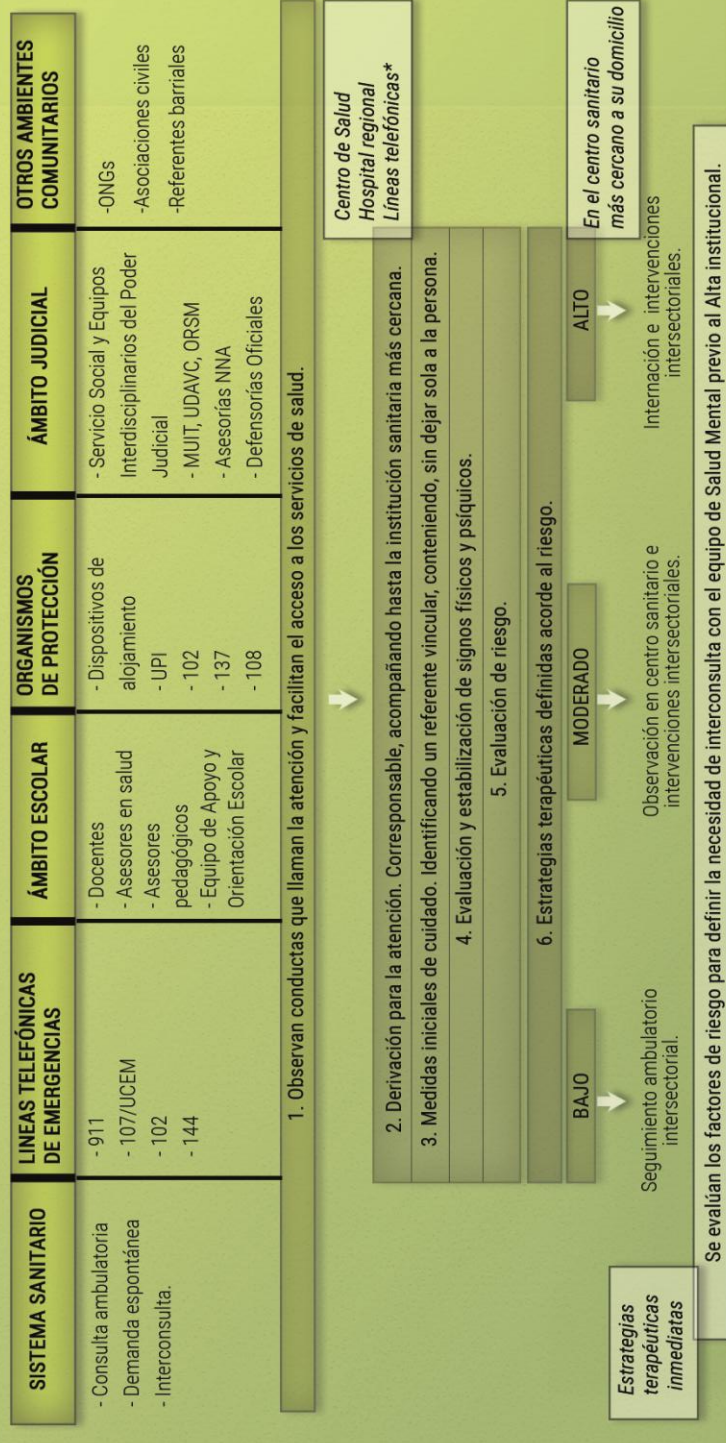
Se propone un abordaje comunitario, participativo, interdisciplinario, intersectorial, intercultural y corresponsable.

Mesa intersectorial de prevención del suicidio y abordaje de la posverificación

Integrada por los Ministerios de Salud Pública; de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología; de Desarrollo Social; de Seguridad y Justicia; la Secretaría de Derechos Humanos y Géneros; y el Poder Judicial de la Provincia.

Desarrolla propuestas de formación.

DURANTE



Se evalúan los factores de riesgo para definir la necesidad de interconsulta con el equipo de Salud Mental previo al Alta institucional.

Unifica el sistema de registro y análisis de los datos.

DESPUES

Tratamiento ambulatorio.

Seguimiento mediante la estrategia navegadoras. Para garantizar la continuidad del tratamiento, monitorear y llevar un registro.

Posverificación en suicidios consumados. Tiene que darse en un plazo no mayor a 30 días.

Colabora con el equipo intersectorial en la construcción de una red local, intersectorial e intercultural que fortalezca los lazos vinculares y comunitarios.

*LINEAS DE EMERGENCIA 24 HS: 107 Área metropolitana, UCEM interior de la provincia.

Referencia:

- 911 Central de atención telefónica de emergencias
- 107 Emergencias médicas
- 102 Atención a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Vulnerabilidad
- 144 Atención a víctimas de violencia de género
- 137 Atención y acompañamiento a víctimas de violencia familiar y sexual
- 108 Atención social Inmediata

* UPI: Unidad de protección integral - UCEM: Unidad coordinadora de emergencias médicas - UDAVC: Unidad descentralizada de atención a la víctima y al ciudadano - MUIT: Mesa única de ingreso e intervención temprana - ORSM: Órgano de revisión de salud mental - ONG: Organización no gubernamental.

Integran la Mesa intersectorial de prevención del suicidio y abordaje de la posverificación: por el Ministerio de Salud Pública, la Subsecretaría de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos, la Subsecretaría de Promoción de la Salud, la Dirección de Salud Mental, la Dirección de Maternidad e Infancia, el Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia, y el Servicio de Adolescencia del Hospital J. C. Perrando; por el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, el Equipo de Apoyo y Orientación Escolar, por el Ministerio de Desarrollo Social, la Dirección de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia, y la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia; por el Ministerio de Justicia, la Subsecretaría de Relaciones Institucionales, y los Foros Vecinales de Seguridad; la Secretaría de Derechos Humanos y Géneros; por el Poder Judicial de la Provincia, la Defensoría General, el Órgano de Revisión de Salud Mental, y la Procuración General.

GLOSARIO¹

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

Conducta de riesgo: Todo comportamiento que en sí mismo o por las consecuencias inmediatas o potenciales pudiere ocasionar un daño físico –abuso problemático de sustancias, promiscuidad sexual, etcétera–.

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

Ideación de autoagresión o autolesión: Pensamiento manifiesto, intención explícita o implícita de realizar un acto o conducta de autoagresión.

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

Ideación de muerte: Pensamientos en cuyo contenido manifiesto se expresan fantasías de muerte, o aquellos en los que se infiere dicha fantasía pero que no se acompañan de intención suicida explícita o implícita. Generalmente asociados a la fantasía de finalizar con estados de angustia. Se diferencia de la ideación suicida en que en la idea de muerte la intención de producirse un daño no se expresa, ni se infiere, o a veces puede directamente negarse. Sin embargo, aun cuando no se exprese o no se verifique intención de realizar un acto para concretarlo, las ideas de muerte pueden corresponderse a fantasías inconscientes de suicidio y/o se asocian o se continúan con ideación, intención o actos suicidas.

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

Intento de suicidio o de autolesión: Acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual o referido por la persona que lo protagonizó o un acompañante.

¹ (DNSMyA, 2018b)

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

Suicidio consumado: Muerte auto infligida con evidencia implícita o explícita de que la persona intentó quitarse la vida.

BIBLIOGRAFÍA

Altavilla, D. (2019) Suicidio y autolesiones: impacto, consecuencias y estrategias clínicas. Ricardo Vergara Ediciones.

ASULAC: Asociación De Suicidólogos de Latinoamérica y el Caribe (2016). La comunicación, primera preventora del suicidio. VII congreso de prevención del suicidio.

Centro de Asistencia al Suicida. Todos podemos prevenir un suicidio. Disponible en: https://ca13088c-aae9-42ae-9d1a-faa4cff63281.filesusr.com/ugd/cddc7e_53e4f026cef54effa3ecb8c577a78b7c.pdf

Comisión Nacional Intersectorial para el abordaje socio-comunitario de la problemática del suicidio. CONASUI (2020) El suicidio en la adolescencia. Lineamientos para el abordaje integral, intersectorial y con enfoque de derechos desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud (documento inédito).

Dirección de Adolescencias y juventudes (2020). Lineamientos y recomendaciones para equipos de salud en relación a situaciones de suicidio y autolesiones en adolescentes y jóvenes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) por la pandemia covid-19.

Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (2017) Políticas de cuidado en la escuela. Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio. Disponible en <http://abc.gob.ar/secundaria/sites/default/files/documentos/aportes-para-trabajar-la-problematika-del-suicidio.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014) Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Modelo Comunitario de Atención. Problemática priorizada: suicidio. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018a) “Desarmando prejuicios: Deconstruir para construir”. En Comunicación responsable. Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en medios. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000799cnt-2018_recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018b): Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Disponible en: <file:///D:/suicidio%20adolescente/paper/mhGAP%20Intervention.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. INC (2019) Prevención del cáncer cervicouterino: protocolo para implementar la estrategia navegadoras en contexto programático. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001468cntManual%20de%20protocolo%20navegadoras%20digital.pdf>

Martínez (2017) Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias. ALFEPSI Editorial.

Ministerio de Educación de la Nación (2014). Guía Federal de Orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas relacionadas con la vida escolar.

Ministerio de Educación de la Nación (2015). Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación.

MINISTERIO DE SALUD DE JUJUY (2018): Protocolo de abordaje de conductas de riesgo suicidas y autolesivas. Disponible en <http://salud.jujuy.gov.ar/wp-content/uploads/sites/14/2018/11/PROTOCOLO-DE-SUICIDIO-2018-mds.pdf>

OMS (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

OMS (1998) "Promoción de la salud. Glosario". Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F34B7509B51F21B803DA42F4C2D38B91?sequence=1

OMS (2000) "Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación". Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

OMS (2008) Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Disponible en <https://www.who.int/whr/2008/es/>

OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=AA946392A225D6386887D5CFFB731BC5?sequence=1

OPS/OMS (2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf>

OMS (2010). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

OPS/OMS (2014) Prevención del suicidio: un imperativo global. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1

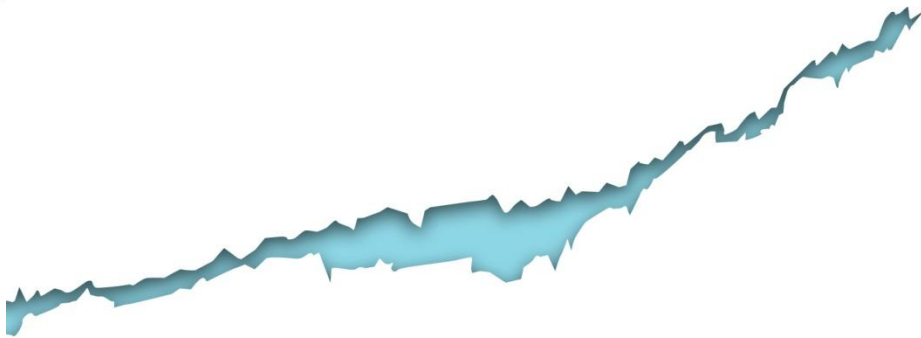
OPS/OMS (2018) “Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de APS”. Material para capacitación.

Programa Nacional de Salud integral en la Adolescencia. PNSIA (2017) Abordaje de la MMACE. Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001078cnt-guia-causas-externas.pdf>

Programa Provincial de Salud integral en la Adolescencia. PPSIA (2020). El suicidio y el intento de suicidio en adolescentes. Situación en la provincia del Chaco. El suicidio y el intento de suicidio en adolescentes. Situación en la provincia del Chaco. Resistencia.

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. RIEPS (2013) Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/620/Guia%20de%20dispositivos%20de%20intervencion%20en%20EPS%20-%20RIEPS.pdf>

UNICEF (2011) El análisis causa raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. Buenos Aires: UNICEF. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/maternoinfantil/files/2012/08/Guia-ACR.pdf>



Chaco cuenta con una Mesa intersectorial de prevención del suicidio y abordaje de la posvención que busca disminuir la incidencia y prevalencia de esta problemática en la provincia. Fruto del trabajo que vienen llevando adelante sus integrantes, surge esta guía que pretende orientar a quienes deben intervenir frente a situaciones de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones, o ante signos de alarma.

De acuerdo a la normativa nacional y provincial, las acciones que se proponen son múltiples y coordinadas, con eje en lo interdisciplinar, lo intersectorial, lo intercultural y la corresponsabilidad –en línea con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)–. Es por ello que la Mesa intersectorial también se constituye como un actor dispuesto a acompañar a quienes lo requieran, a desarrollar propuestas de formación, y a unificar el sistema de notificación, registro y análisis de los datos de todas las áreas intervinientes para casos de conductas suicidas.

