



**Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Área Programática para la Atención en Salud Mental**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS CON INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El presente documento tiene el propósito de brindar pautas para los prestadores integrales de salud para la atención y seguimiento de las personas con Intento de Auto Eliminación (IAE).

Se podrá incluir en este protocolo a las personas que a juicio del clínico interviniente presenten alto riesgo suicida (para su valoración se recomienda utilizar “la Valoración del Riesgo Suicida: 5 pasos para Evaluación y Triage: Guía para profesionales”, MSP, 2014).

Objetivos

- Asegurar la accesibilidad a la atención en salud mental de las personas con IAE.
- Asegurar la continuidad asistencial de las personas con IAE.

Definición

Intento de Autoeliminación: 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.

Procedimiento

1. Servicio de salud interviniente en primera instancia

1.1. Se realizará una evaluación integral a todos los usuarios que consulten por IAE, jerarquizando la valoración del riesgo vital e incluyendo la evaluación del riesgo suicida inmediato. (Ver Anexo 1)

1.2. El médico indicará la intervención que el usuario requiera.

1.3. Una vez que el usuario esté estabilizado desde el punto de vista médico-quirúrgico, deberá ser evaluado por psiquiatra, quien determinará la conducta a seguir.

De no contar con psiquiatra, la evaluación la realizará otro profesional de la salud, quien deberá propender a mantener una interconsulta con psiquiatra.

Si existieran dudas acerca del nivel de riesgo y de la intervención necesaria, se sugiere que la persona permanezca en observación hasta la realización de una nueva evaluación.

Los usuarios menores de 15 años deberán permanecer en observación por un lapso suficiente para ser evaluados por un integrante del equipo especializado en salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes. La internación se realizará en hospitales y sanatorios generales, salvo excepciones debidamente justificadas.

1.4. Una vez de alta o determinado que el usuario no requiere hospitalización, se derivará a atención ambulatoria con equipo de Salud Mental, fijando día y hora para la consulta en un plazo no mayor a siete (7) días.

El prestador deberá brindar un teléfono de contacto para situaciones de urgencia.

En caso de existir un referente (familiares, cuidadores, amigos, u otra persona que el usuario considere importante), se deberá incluir en la planificación del tratamiento, con el consentimiento del usuario. En los adolescentes se procederá respetando el principio de la autonomía progresiva establecido en el CNA (Ley 17823).

1.5. Además de la Historia Clínica, se deberá completar la Ficha de Registro Obligatorio de IAE (FRO-IAE), según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012.

2. Consulta ambulatoria con equipo de Salud Mental

Se requerirá una agenda prioritaria para las personas con IAE, ya que se deberá coordinar la primera consulta en un plazo no mayor a siete (7) días.

2.1. Se elaborará un plan de tratamiento individualizado que deberá contar con el consentimiento del usuario, e incluirá un referente, salvo situaciones particulares que deberán registrarse en la Historia Clínica.

En caso de inasistencia a la consulta, un miembro del equipo deberá llamar al usuario y/o al referente. La visita domiciliaria será considerada como herramienta privilegiada en estos casos, a efectos de dar seguimiento a la situación de dicho usuario.

El plan de tratamiento deberá ser integral incorporando los distintos niveles de atención y promover la articulación interinstitucional cuando sea pertinente.

2.2. En adolescentes y jóvenes se deberá promover la coordinación entre el Espacio Adolescente y el equipo de Salud Mental institucional. Para los adolescentes de 10 a 19 años, se deberá coordinar en el curso de la primera semana con el Espacio Adolescente, con criterios de accesibilidad, habilitando la continuidad de la atención hasta los 24 años con el equipo de salud tratante, cuando así lo requiera la situación concreta.

2.3. Luego de la primera consulta con el equipo de Salud Mental se deberá completar el FRO-IAE, según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012.

3. Seguimiento

3.1. Una vez iniciada la atención por IAE en los Servicios de Salud Mental, se asegurará el seguimiento activo de todos los usuarios, durante un mínimo de seis (6) meses, por parte del Prestador de Salud.

3.2. La institución deberá ser la responsable de la gestión de las personas con IAE a través de los mecanismos que estime pertinente, asegurando:

- El registro de las personas con IAE.
- La accesibilidad a las consultas estipuladas en el plan de tratamiento.
- Que se contacte al usuario y/o al referente, en caso de inasistencia a las consultas (la visita domiciliaria será una herramienta privilegiada en estos casos).
- Que se complete el FRO-IAE.

3.3. Todas las personas que hayan realizado un IAE tienen derecho a ser asistidas por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 2, de acuerdo a las pautas establecidas. (Ver Anexo 2)

Los familiares o vínculos cercanos de la persona que haya realizado un IAE en el último año tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 1, de acuerdo a las pautas establecidas.

Anexo 1



Valoración del Riesgo Suicida: 5 pasos para Evaluación y Triage Guía para profesionales

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
División de Programación en Salud
Programa Nacional de Salud Mental

Valoración del Riesgo Suicida: pasos para Evaluación y Triage

1-Identifique Factores de Riesgo

Tome en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo

2-Identifique Factores Protectores

Tome en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo

3-Indague conducta suicida

Pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos

4-Determine el Nivel de Riesgo/Intervención

Determine el riesgo. Elija la conducta apropiada para abordar y reducir el riesgo

5-Registre

Valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento



La valoración del riesgo suicida debe hacerse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsecuente, el aumento de la ideación, o cualquier cambio clínico que lo amerite. Para pacientes internados: antes de cualquier cambio en el nivel de cuidados y previo al alta

1 - Factores de Riesgo

- **Comportamiento suicida:** historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento autolesivo
- **Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos:** especialmente Trastornos del Humor, Trastornos Psicóticos, Abuso de alcohol/sustancias, Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, Traumatismo intracraneal, Trastorno por Estrés Post Traumático, Trastornos de Personalidad del Grupo B (antisocial, borderline, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad). La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo. La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.
- **Síntomas clave:** anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio
- **Antecedentes Familiares:** de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

Factores precipitantes/estresores/vínculos: eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos, o desesperanzadores (por ej.: ruptura de relación, pérdida de estatus financiero o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso (especialmente trastornos del SNC, dolor). Disturbios familiares/caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social.

- **Cambios en el Tratamiento:** alta de hospital psiquiátrico. Cambio en el proveedor de la atención.
- **Acceso a armas de fuego** u otros métodos potencialmente letales

2 - Factores Protectores

Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo

- **Internos:** capacidad de afrontamiento del estrés, creencias religiosas, tolerancia a frustraciones
- **Externos:** responsabilidad por niños o mascotas queridas, relaciones terapéuticas positivas, soporte social

3 - Indagación de conducta suicida

Interrogatorio específico sobre pensamientos, planes, comportamientos, intencionalidad

- **Ideación:** frecuencia, intensidad, duración: en las últimas 48 hs., el último mes y en el peor momento
- **Plan:** momento, lugar, letalidad, disponibilidad, actos preparatorios
- **Comportamientos:** intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (probar nudos, cargar armas) versus conductas auto lesivas, no suicidas
- **Intencionalidad:** grado en que el paciente:
 - 1) espera llevar a cabo el plan
 - 2) cree en la potencia del método: letalidad versus daño. Explorar ambivalencia: razones para morir versus razones para vivir.
- **En jóvenes:** preguntar a los padres/cuidadores sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, o cambios en el humor, comportamiento o disposición.
- **Indagar ideas homicidas:** cuando esté indicado, especialmente en trastornos del carácter u hombres paranoides lidiando con pérdidas o humillación. Indague en las 4 áreas listadas arriba.

4 - Nivel de Riesgo/Intervención

- La Evaluación del Nivel de Riesgo está basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3
- Re valoración, en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
ALTO	Trastornos Psiquiátricos con síntomas severos, o eventos agudos precipitantes; factores protectores no relevantes	Intento de suicidio potencialmente letal, o ideación persistente, con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada, salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida
MODERADO	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria, dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
BAJO	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte, sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

(Este cuadro está previsto para representar un rango de niveles de riesgo e intervenciones, no para tomar determinaciones específicas)

5 - Registro

- **Registrar:** nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar/reducción del riesgo actual (p.e. lugar de atención, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulta); instrucciones respecto a armas de fuego, de ser necesario. Para jóvenes el plan de tratamiento debe incluir el rol de los padres/cuidadores.

Anexo 2

Extracto del Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental del SNIS (Decreto N° 305/ 011) para personas con intento de autoeliminación (IAE) y sus familiares

MODO 1

Una de las poblaciones objetivo son los usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.

La atención es grupal, con carácter gratuito y con una cobertura de hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

MODO 2

En este modo, una de las poblaciones objetivo son los usuarios con intento de autoeliminación (IAE)

En el caso de adultos, la atención en este Modo podrá ser individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales y con un copago preestablecido.

En niños y adolescentes, la atención en este Modo podrá ser individual, grupal o de familia, hasta 24 sesiones anuales y con un copago preestablecido.

Mecanismos de Acceso

Se accede a la entrevista con el comité de recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

- Por iniciativa del usuario
- Por derivación del Equipo de Salud
- Derivación de los coordinadores de grupo del modo 1

