



DIGESA/DEPES/PNSM

INSTRUCTIVO DE LA FICHA DE REGISTRO OBLIGATORIO DE INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN (IAE)

PRESENTACIÓN

El registro y la notificación de los Intentos de Autoeliminación (IAE) es de carácter obligatorio para todos los prestadores Integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El presente documento describe el procedimiento para el registro y notificación del IAE, y provee un instructivo para completar los datos correspondientes a la Ficha de Registro Obligatorio de IAE.

ORIENTACIONES GENERALES PARA EL REGISTRO:

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

Para completar la Ficha se considerará **caso de 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.

Responsables del llenado de la ficha

Esta ficha deberá ser completada por el profesional que brinde asistencia en el servicio de salud interviniente en 1° instancia a la persona con IAE: *Puerta de Emergencia, médico de radio, de urgencia en domicilio, o psiquiatra de guardia en caso de contar con este recurso, policlínica, profesionales de salud mental en general.*

El al equipo o servicio de salud mental deberá completar los datos que le corresponden.

Procedimiento

Registro

Todos aquellos prestadores integrales de Salud que asistan a la persona con IAE deberán completar la Ficha de Registro obligatorio de IAE.

El prestador integral deberá implementar el mecanismo para que la ficha una vez completada la información en el servicio de salud interviniente en 1° instancia, sea entregada al equipo o servicio de salud mental, que deberá completar los datos que le corresponden.

Notificación

Los prestadores integrales de salud deberán enviar mensualmente una planilla en el formato establecido por el MSP con la información de todos los casos ocurridos en el mes. La fecha a considerar, será la fecha en que el usuario fue valorado o agendado para la consulta con el E o SSM, independientemente de que el usuario haya concurrido a la consulta o no. En caso de no haber tenido lugar consulta, enviar los datos de la ficha que se dispongan hasta el momento.

La planilla se enviará a mes vencido, entre el 1° y el 10 del siguiente mes al correo electrónico: notificacionesiae@msp.gub.uy.

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

- **Prestador Integral de Salud:** Indique el nombre de la institución que envía los datos.
- **Fecha de Consulta y Fecha de IAE**
- **Fecha de consulta:** Refiere al día en que el paciente es valorado por el profesional correspondiente.
- **Fecha de IAE:** Refiere al día en que fue realizado el intento, independientemente de la fecha en que es visto por el profesional, pudiendo coincidir ambas.

Se considerará un nuevo episodio de IAE una vez transcurridas 24 hs. En este caso, se procederá a completar una nueva ficha.

- **Datos Personales**

Nombre: Registrar el nombre completo de la persona

Sexo: Femenino asignar letra **F**

Masculino asignar letra **M**

Fecha de Nacimiento: en caso de no contar con el dato consignar edad

Edad: en años cumplidos

CI: Cédula de Identidad, con dígito verificador, sin puntos, ni comas.

- **Dirección**

Nombre de la calle, número y apartamento.

- **Departamento de Residencia**

Refiere al Departamento en el que actualmente reside la persona.

Localidad: Consignar en primer término si vive en zona urbana o rural

Especifique: Nombre de localidad, ciudad, pueblo, paraje, etc.

- **Persona de Referencia**

Se deberá consignar el nombre de una persona que pueda ser contactada en caso de ser necesario, sea este dato proporcionado o no por el usuario

Del mismo modo, se deberá registrar uno o más números de teléfono de contacto.

- **Vive con**

Estos datos tienen que ver con las personas con las cuales convive el usuario en el momento actual. Deberán ser completados al máximo detalle las opciones disponibles

Familia/pareja: Incluye la convivencia con pareja, hijos y/o ambos.

Amigo/compañero: Podrá referirse a un amigo o compañero de estudio, trabajo, etc.

Institución: Corresponde a la persona que se encuentra viviendo en una Institución por ejemplo: residencia, cárcel, Hospital psiquiátrico.

Solo: Cuando la persona vive sola

- **Ocupación**

Especificar actividad actual.

- **Método utilizado para el IAE**

Deberá quedar especificado el medio o los medios utilizados para llevar adelante el intento de auto-eliminación.

- **Se encuentra o ha estado recibiendo atención por problemas de Salud Mental**

Refiere a si la persona es o ha sido atendida por profesionales de la salud mental (médico psiquiatra, psicólogo, licenciado en enfermería especialista en Salud Mental) y/u otros profesionales de la salud con competencia en la temática. Deberán ser completados al máximo detalle las opciones disponibles

Deberá consignarse el tipo de atención que está recibiendo y el tratamiento, pudiendo ser una de las dos modalidades, o ambas.

Otros: deberá quedar consignado si recibe o no otro tipo de atención (por ejemplo terapias complementarias y/o alternativas)

- **Servicio de salud interviniente 1ª Instancia**

Corresponde al dispositivo que tiene el primer contacto con el usuario.

Deberá consignar en el apartado correspondiente el tipo de dispositivo (servicio de puerta de emergencia; un médico de radio o urgencia a domicilio, policlínica, u otros), firma, aclaración de firma y la especialidad del profesional interviniente.

- **Servicio o equipo de Salud Mental**

Corresponde al dispositivo de salud mental al que fue derivado el usuario.

Fecha: Refiere al día en que el usuario es valorado o ha sido agendado para la consulta con el profesional de salud mental.

Concurrió: se debe especificar si asistió o no a la consulta asignada.

Además deberá consignar en el apartado correspondiente firma, aclaración de firma y la especialidad del profesional interviniente.

- **Otros datos a ser completados por el profesional de salud mental**

Estos datos deberán ser completados por el equipo o servicio de salud mental.

- **Factores de riesgo**

Se listan factores de riesgo frecuentes, consignar todas las opciones que correspondan. En caso de detectar otros, especificar cuál/es.

IAE previos: Deberá especificarse la existencia o no de intentos de auto-eliminación previos. En caso afirmativo especifique si posee 1 IAE previo, 2 o más.

Trastornos mentales: consignar si se constata: Depresión, alcoholismo, esquizofrenia.

Uso de sustancias: refiere al uso problemático de sustancias.

En caso de otros problemas de salud mental consignar.

Enfermedades físicas: Incluir aquellas enfermedades crónicas y/o graves, incurables (por ej cáncer, HIV/SIDA, epilepsia) .En caso afirmativo, especificar cuál.

Aislamiento social: refiere a la falta de apoyo y/o redes sociales

Situación laboral: desocupado, jubilado.

Desocupado, se refiere a la actividad actual no usual. Se considera desocupados a quienes no han trabajado en la semana anterior a la evaluación, pero han buscado trabajo remunerado.

Eventos vitales estresantes: Consignar si la persona se encuentra bajo estrés debido a una Situación de:

- duelo: pérdida de ser querido

- otra pérdida significativa: empleo, vivienda, financiera

- otros: otros eventos vitales estresantes (conflictos legales, laborales u otros)

Historia familiar de suicidio- Consignar si existen antecedentes familiares de suicidio.

- **Factores de protección**

Se listan factores de protección frecuentes, consignar todas las opciones que correspondan: Apoyo familiar, Buena integración social, Habilidad personal en la resolución de conflictos, o situaciones problemáticas.

En caso de detectar otros, especificar cuál.

Por consultas dirigirse al correo electrónico: notificacionesiae@msp.gub.uy .