Prevención de la conducta suicida en adolescentes

Guía para los sectores Educación y Salud

Cristina Larrobla, Alicia Canetti,
Pablo Hein, Gabriela Novoa, Mariana Durán

Art.2

"Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General"

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

CSIC

Colección Art.2

Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud.

Art.2

"Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General"

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

CSIC

La Universidad al servicio de la República.

Los fines de la Universidad de la República están establecidos en el artículo 2 de su Ley Orgánica. Uno de ellos es “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. Se trata, en breve, de poner el conocimiento al servicio de la sociedad; ésa es la médula del ideal latinoamericano de Universidad. Acercar los ideales a la realidad nunca es fácil; exige innovar una y otra vez. Con vocación autocrítica y renovadora, el Consejo Directivo Central de la UDELAR definió, en sus jornadas extraordinarias del otoño de 2007, los lineamientos orientadores de una nueva Reforma Universitaria; con esa perspectiva se ha trabajado desde entonces. Una de las iniciativas dirigidas a revitalizar aquel ideal es la creación del Fondo Universitario para la comprensión pública de temas de interés general, que por cierto toma su nombre de la precedente cita de la Ley Orgánica. Apunta a promover el estudio de temas relevantes y frecuentemente polémicos, poniendo a disposición de los ciudadanos interesados elementos de juicio que permitan la elaboración de opiniones informadas y propias.

Cada año, la conducción colectiva y democrática de la institución define una lista de temas prioritarios; luego se realiza un llamado a propuestas que serán presentadas por equipos multidisciplinarios interesados en estudiar tales temas, con un apoyo financiero previsto en el presupuesto universitario. Cada propuesta seleccionada debe dar lugar a la publicación de material impreso y/o audiovisual, así como a la organización de encuentros u otras formas que se estimen pertinentes para comunicar a la ciudadanía el resultado de los estudios. Cada equipo orienta su labor de acuerdo a su leal saber y entender, en el contexto del pluralismo inherente a la genuina labor universitaria.

En 2012 se escogieron los siguientes “problemas de interés general”, todos ellos referidos a la situación nacional:

- Sistema de Salud y paciente Seguro. Se propone analizar los principales factores de riesgo en el proceso de la atención en salud y las estrategias para su prevención, con especial énfasis en la relación paciente-familia con el personal de salud.
- La cuestión educativa: diagnósticos y propuestas. Una contribución para impulsar un debate calificado y propender a una compresión pública más profunda del estado de situación de nuestro sistema educativo, las causas de sus falencias y las alternativas de superación, tomando a la Educación como una forma de aporte a la formación y mejora de la calidad de vida del individuo
- Violencia doméstica y género: se pretende contribuir a la comprensión y prevención de los actos de violencia doméstica, con particular énfasis en las estrategias de prevensión y tratamiento de las víctimas.
- En la categoría tema libre fue seleccionada la propuesta Cumplimiento efectivo de las sentencias y decisiones internacionales sobre derechos humanos en los ordenamientos jurídicos.

Hoy la Universidad pone a disposición de la República estos aportes a la búsqueda de alternativas para afrontar grandes cuestiones. Anima a la institución la vocación de contribuir – con tanta modestia como tesón – a los debates ciudadanos en los que día a día se consolida y enriquece la democracia uruguaya.

Rodrigo Arocena

Colección Artículo 2

A efectos de cumplir con el mandato contenido en la Ley Orgánica a través de su Artículo Segundo, se ha creado el “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General”, cuyo objetivo es financiar proyectos en torno a temas de relevancia nacional e interés público.

La colección Artículo 2 difunde, en esta quinta edición, los resultados del llamado 2012.
Una comisión evaluadora compuesta por Ana Denicola, Alcides Beretta, Alicia Fernández y Javier Alonso, fue la encargada de seleccionar las propuestas financiadas.

La publicación reúne bajo el título ***“Prevención de la conducta suicida en adolescente - Guía para los sectores Educación y Salud”***, los resultados alcanzados en la temática Sistema de Salud y paciente Seguro por la propuesta “Comprensión y prevención de conducta suicida en adolescentes en Uruguay: hacia una mejora de los recursos humanos de salud y educación”.
El proyecto fue coordinado por los docentes Cristina Larrobla Mendez, Alicia Miriam Canetti Wasser.

ISBN: 978-99740-1043-7

Autores:

Dra. Ps. Cristina Larrobla - Unidad de Salud Mental en Comunidad, Facultad de Medicina, UdelaR.
Dra. Alicia Canetti - Unidad de Salud Mental en Comunidad, Facultad de Medicina, UdelaR.
Soc. Pablo Hein - Departamento Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR
Lic. Ps. Gabriela Novoa - Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables ASSE
Lic. Ps. Mariana Durán – Dirección de Derechos Humanos, Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) - Consejo Directivo Central (CODICEN).

Participación en el trabajo:

Universidad de la República

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Mauricio Tubio Coordinador de Regional Norte - Salto.
Enrique Mazzei Coordinador Centro Universitario de Región Este - CURE - Melo.

Consejo de Formación en Educación (CFE).
Director Ademar Cordones - Ce.R.P Suroeste
Pablo Giachero - Administrativo
Director Humberto Martinez - Instituto de Formación Docente “Dr. Emilio Oribe” (IFD) - Melo.

Porgrama Nacional de Salud Mental - MSP

Responsable: Dr. Ariel Montalbán.
Lic. Ps. Denisse Dogmanas.
Dra. Lidia Vidal. Dirección Departamental de Salud. Rocha-MSP

Administración de los Servicios de Salud del Estado – ASSE

asse

Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables

Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables
Director: Dr. Horacio Porciuncula
Equipo de Trabajo sobre Prevención del Suicidio y Atención de los IAE y Familiares. Lic. Ps. Marilen Bettini y Lic. Ps. Sylvia Toledo.

Convenio ASSE - Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP).
Administrativos:
Lyliam Czopak, Carolina Maglia, Juán Pablo Oliveras, Florencia Anglet
y Darío Leon.

Participación en instancias de consultas y revisión del contenido

Ministerio de Salud Pública - MSP
Programa Nacional de Salud Mental
Responsable: Dr. Ariel Montalban
Lic. Ps. Denisse Dogmanas

Programa Nacional de Salud Adolescencia y Juventud
Responsable: Dra. Susana Grunbaum
Dra. Silvia Graña

Administración de los Servicios de Salud del Estado - ASSE
Dirección Salud Mental y Poblaciones Vulnerables:
Adjunta: Dra. Magdalena García
Programa de Niñez y Adolescencia:
Responsable: Dra. Dione Carrasco, Dra. Marisa Figuerola (Espacio Adolescente),
A.S Fernanda Methol

Centro Hospitalario Pereira Rossell:
Dra. Gabriela Garrido.

Equipos Salud Mental de ASSE
Equipo Salud Mental Centro Hospitalario Pereira Rossell:
Dra. Adriana Martinez

Equipo Salud Mental de Cerro Largo
Dr. Marcelo Escobal

Diseño y diagramación: Emiliano Nuñez

Agradecimiento a participantes y colaboradores de la Guía.

Región Norte (Artigas, Salto, Paysandú, Rivera y Tacuarembó) - **ANEP**: Leticia Acosta, Loreley Bentos, Teresita Camargo, Andrea Comas, Walter Carballo, Sandra Cardozo, Andrea Carpanessi, María Fernanda Cisa, Marbet Costa, Mariela Dornelles, Carmen Esteva, Estela Etchecopar, María Inés Fraga, Karina Freitas, Ingrid González, Miriam Gomez, Marianela Goncalvez, Mauricio Guillermoni, Alfredo Hobbas, Fernanda Irazoqui, Marta Juárez, Valeria Lanza, Leticia Lazarev, Nelly Cristina Laxague, Claudia Massa, Mariela Martínez, Antonella Menoni, Laura Pons, Leticia Rebuffo, Dahiana Rodrigues, Carolina Vera, Flavia Vique. **ASSE**: Helenne Delgue, Marta Caporale, María Hernandez, Mirta Anchorena, Silvia Seija Mónica Ferrari, Richard Suarez, Claudia Ramirez, Gladys Acuña, Cecilia Álvarez, Sylvia Beceiro, Lucía Blanco, Avelina Borda, Bartolomé Cabrera, Mónica Carabio, Paula Costales, Raquel Cremonesi, Danila Custodio, Nis Diaz, Giovanna Etchemendi, Mónica Ferrari, Cristi Fernández, Leticia Hirigoyen, Solange Macedo, Sofía Manassi, Patricia Martinez, Patricia Nava, Virginia Odriozola, María Felicia Paiva, María Panissa, Ricardo Ruiz, Sandra Silveira, Rita Soldavini, Giovanna Soutto, Carina Spinatelli, Rocsana Vaquero, Pilar Vázquez.

Región Oeste (Colonia, Durazno, Flores, Florida, San José, Soriano y Rió Negro) - **ANEP**: Avila Cristina, Benítez Verónica, Berardo Alicia, Bogge Zoraida, De Castro Patricia, Ettlin Zully, Hernández Darwin, Knappe Miriam, Marchetti Wilmar, Martinez Daiana, Mautone Karina, Montiel Graciela, Novaro Marta, Peyronel Luz, Rodriguez Claudia, Silva Rita, Tomsich Patricia, Tori Ma. Teresita. **ASSE** : Benedetto Cristina, Berger Marcos, Bottino Erika, Brunner Delia, Buergas Matias, Escola Cristina, Gonzalez Eliana, Lasalvia Claudia, Motta Jorge, Ortiz Mariela, Palacios Alejandra, Perini Mariana, Petit Eugenio, Soret Lorena, Suhr Silvia, Fernández Pedro, Garoliol Michel, Revetria María, Caceres Carlos.

Región Este I (Maldonado, Rocha, y Treinta y Tres) - **ANEP:** María del Carmen Cardozo, Sergio Castro, Elizabeth Delprato, Mónica Fabra, Silvia García, María Iriondo, Alicia Kuchán, Sofía Lasa, Paola Módena, Julio Molina, Ángel Ornella, Luisa pedraja, Didier Prieto, Claudia Scarabino, Patricia Cervieri, Miriam Silva, Lucía Soria, Ilka Darizcuren, Fani Lilva, María Santana, Claudia Soba, Mariela Rodriguez, Fabiana Andrada, Sylvia Prana, Ana Messano, Karina Goitia, Yeny Mazzullo. **ASSE:** Martín Acevedo, José Acosta, Yanina Amorín, Cristina Balduvino, Daisy Bentancort, Ángela Bonilla, Danitsa Calavia, Oliver Casella, Ivonne D´Elía, Stefan Decuadro, Romina Fernández, Marta Fernández, Lilián Fonseca, Beatriz Fontes, María Gomez, María González, Darío León, Fany Malvárez, Yanina Martínez, Juan Martinez, María Meyer, Virginia Miraballes, Eda Oliveira, Anyelo Pintos, Alicia Plada, Eliseo Presa, María Rijo, María Rodríguez, Juan Silvera, Alejandro Viera, Ana Vigna, Verónica Brañas, Victoria Graña, Mercedes Acuña, Pablo Agostini.

Región Este II (Cerro Largo, Lavalleja y Treinta y Tres) - **ANEP:** Mónica Acosta, Verónica Alemán, Anabela Alonso, Yisela Araújo, Estrella Caballero, Cynthia Caitano, Mariana Concepción, Andra Cuña, Elida De León, Sandra Garate, Cristina Hernández, Marian González, Carmen Mattos, Mónica Mazzei, Mariela Piñeiro, Alicia Rivero, Liliana Rivero, Karina Ubilla, Nora Vela, Gûiller Lagos, Bibian Urbina, María Amelia Martinez, Angélica Gomez, Silvina Gordillo, Camila Mello, Estefanía Burgos, María Herrera. **ASSE:** Leandro Santos, Mariela Anchen, Lilian Bany, Dinorah Cousillas, Marcelo Escobal, Soledad Fereya, Teresa Gómez, Laura Ibañez, Natalia Lima, Marilin Lucas, Verónica Mazzei, Iris Ortiz, Elbio Paullier, Ana Pereira, Braulio Pereira, Fanny Ramírez, Juan Ramirez, Karina Rodriguez, Ana Luisa Seliane, Eduardo Smerdiner, Vila Clarice, Catalina Yapor, José Olivera, María Soledad Tort, Lilian Berni, Soledad Ferreira, Virginia Montero, Julio Guemsi, Viviana Leverrier, Graciela Olivera, Karina Javier, Alejandra Arguello, Virginia Montero, Verónica Sanza, Elizabeth Perdomo, Catalina Yapor, Rosario Barret, María Eugenia Muniz, María José Mungay, Ramón Paggiola, Marisol Lemos.

Región Sur (Canelones, Montevideo) - **ANEP:** Hilda Surraco, Karina Alvarez, Noemi Alves, Anamaría Amado, Mirta Amaya, Virginia Antoniello, Patricia Annuitti, Flavia Barros, Ana Bentancor, Graciela Bevans, Natalia Bordin, María Bresciano, Rosanna Cáceres, Rossana Calcagno, Adriana Da Roza, Martha Daglio, Karla De Los Santos, Beatriz Debernardi, Ana Delbono, Carina Delgado, Ivana Diakakis, Sandra Díaz, Ana Díaz, Federico Drömer, Patricia Espasandín, Mónica Faillace, Catherine Fanetti, Gabriela Fernández, Alondra Franchi, Alberto Ganduglia, Julia Garza, Carlos González, Janet González, Víctor González, María Grco, María Lucas, Mariana Manfredi, Tamara Martínez, Beatriz, Martínez, Sylvia Mastrogiovanni, Elizabeth Mello, Adriana Oliveri, Mariela Pedreira, Beatriz Perea, Serrana Peré, Lourdes Pérez, Patricia Pérez, Verónica Perillo, María Piñeiro, Silvia Pose, Ruben Rodriguez, Laura Ruiz, María Ruiz, Patricia Ruy, Rocío Salvano, Sylvia Sansone, Alba Scaldaferri, Laura Seoane, Lucia Seben, María Secchi, Gilda Vincenzi, Elisa Villalba, Gabriela Zumar, Alejandra Castro, María Pecoy, Celica Fernandez, Dahyana Vilela, Beattriz Figueredo, Stella Lamarque, Marta Flores, Janet Venramin, Adela Caues, Alexandra Bilbao, Andrea Coppola. **ASSE:** Rosa Acher, Graciela Altamirano, Beatriz Amilivia, Laura André, María Barrios, Marilen Bettini, Sindia Blanco, Nelsi Bonti, Ana Caballero, Marianela Cabral, Silvana Carucci, Andrés Castrillón, Mariana Castro, Lucía Cirion, Verónica Diaz, Alicia Fernández, Mariana Figueredo, Sandra Fleury, Carina Garcia, Silvana Griffo, Marcela Jubín, María Lomando, Cecilia Luquez, María Machiñena, Sandra Marchese, Gabriela Marchissio, Adriana Martinez, María Matos, Nora Muniz, Laura Múmoli, Lorena Noya, Martha Pérez, Irene Petit, Melissa Quintán, Gabby Recto, Gastón Ricci, María Rocanova, Elena Rodriguez, Stella Solier, Verónica Somma, Cecilia Thode, Sylvia Toledo, María Torterolo, Lucía Valdez, Sindia Zadowozniz, Martha Eiris, Virginia Flores, Carmela Mesa, Mariana Villar, Mónica Perdomo, Raquel Finkelstein, Anibal Lima, Patricia Olivo, Daniela Ferrari, Claudia Caramori.

CSIC

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Art.2
"Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General"

asse
Administración de los Servicios de Salud del Estado

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL Y POBLACIONES VULNERABLES

Facultad de Ciencias Sociales

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA

dirección de derechos humanos

CONTENIDO

Introducción 19

Capítulo 1.
Aspectos conceptuales

1. La conducta suicida en la adolescencia. Consideraciones generales. 23
   1.1. Sobre la noción de muerte..... 23
   1.2. El fenómeno del suicidio..... 23

2. El enfoque de derechos para el abordaje de la conducta suicida 25
   2.1. Principios generales del derecho en el Uruguay 26
   2.2. Definición normativa de las categorías etarias de Niño y Adolescente 28
3. Alcance del problema del suicidio a nivel nacional 28
   3.1. La conducta suicida en Uruguay 28

Capítulo 2.
Prevención de la conducta suicida en adolescentes

1. El enfoque preventivo y de riesgo aplicado en el abordaje de la conducta suicida en adolescentes..... 35
   1.1. Riesgo y vulnerabilidad 35
   1.2. Adolescencia: Importancia de su focalización desde una perspectiva preventiva 37
   1.3. Factores de riesgo y protección en adolescentes y jóvenes 38
   1.4. Estrategias de seguimiento de pacientes con problemas de salud mental 43
   1.5. Estigmas y Mitos 44
2. Programas de Prevención de la Conducta Suicida 49

Capítulo 3.
Abordaje de la conducta suicida

1. Recomendaciones para el manejo de la conducta suicida 59
   Primer paso: Detección y valoración inicial del problema
   i. Algunos signos y síntomas de alerta de riesgo suicida 59

   Segundo paso: Contacto/encuentro con el adolescente con posible riesgo suicida
   i. Encuentro con el adolescente..... 60

ii. Consideraciones importantes en el contacto con personas con riesgo suicida 60

Tercer paso: Diagnóstico de situación y valoración del riesgo.
i. Cómo evaluar el riesgo de suicidio..... 61
ii. Clasificación del riesgo suicida en el caso de ideación (IS) y de intento (IAE)..... 65

Cuarto paso: Primera intervención - Identificación del adulto referente protector (ARP), coordinación y trabajo en red..... 67

Quinto paso: Seguimiento de la situación..... 69
i. Intervención en el IAE en adolescentes..... 70
ii. Abordaje con el adolescente con conducta suicida..... 72
iii.Algunas recomendaciones especiales para el abordaje de la conducta suicida en el ámbito educativo..... 72

Sexto paso: Abordaje/trabajo/Posvención con familiares y allegados..... 75
i. Trabajo con la familia en el caso de muerte por suicidio..... 75

Capítulo 4.
Estrategias desarrolladas para el abordaje de la conducta suicida en los usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

1. Red de Salud Mental de ASSE..... 81
2. Estrategias desarrolladas para la prevención y la atención de usuarios con Intento de Autoeliminación (IAE)..... 83
2.1. Recursos asistenciales de la Red de Salud Mental de ASSE para la conducta suicida e IAE..... 85
i. Psicólogos de Área y Equipos Comunitarios de Salud Mental (ESM) insertos en el Primer Nivel de Atención..... 85
ii. Puertas de Emergencia con Psiquiátra de guardia..... 89
iii.Salas de Internación y camas destinadas para pacientes de Salud Mental en Hospitales Generales..... 89
iv. Seguimiento y tratamiento del usuario luego del IAE..... 90

Capítulo 5.
Antecedentes de trabajo en prevención de la conducta suicida en la Enseñanza Media. El abordaje de la violencia doméstica en adolescentes.

1 Educación y Derechos 97

2 Derechos Humanos y Violencia Doméstica 97

3 El Proceso de implementación del Protocolo de Enseñanza Media 98
3.1 Los Objetivos específicos 98
3.2 Las metas 99
3.3 Estrategia de implementación 99

4. Las actividades 100

5. Algunos resultados 101

6. Violencia Doméstica y conductas suicidas en adolescentes en el sector educativo..... 107

Bibliografía 111

Anexos

Anexo 1. Resultados del estudio de Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay (2009). Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud 117

Anexo 2. Normativa jurídica.....121

Anexo 3. Tasas de suicidio cada 100.000 habitantes según Departamentos (2010-2012).....130

Anexo 4. Programa Nacional de Salud Mental, Plan Nacional de Prevención Del Suicidio para Uruguay (2011-2015), Ministerio de Salud Pública.....131

Anexo 5. Ficha de Registro Obligatoria de IAE (FRO-IAE) 135

Anexo 6. Gravedad de los síntomas depresivos..... 141

Anexo 7. Mapa de Ruta de ASSE según valoración Del riesgo suicida detectado..... 144

Anexo 8. Mapas de Ruta de ASSE para La atención de usuarios con IAE..... 145

Anexo 9. Programa Niñez y Adolescencia de ASSE, Espacio Adolescente..... 147

Anexo 10. Sistema Integral de Atención a La Infancia y Adolescencia contra La Violencia (SIPIAV)..... 152

Anexo 11. Mapa de Ruta para situaciones de Maltrato y Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito escolar (CEIP)..... 154

Anexo 12. Mapa de Ruta del Protocolo de Violencia Doméstica en Adolescentes para enseñanza media..... 157

Anexo 13. Directorio de recursos..... 162

LISTA DE ABREVIATURAS

- ANEP - Administración Nacional de Educación Pública
- APS - Atención Primaria a la Salud
- ARP - Adulto Referente Protector
- ASSE - Administración de los Servicios de Salud del Estado
- CEIP - Consejo de Educación Inicial y Primarial
- CND - Convención de los Derechos del Niño
- CNA - Código de la Niñez y la Adolescencia
- DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ESM - Equipo de Salud Mental
- FR - Factores de Riesgo
- FP - Factores Protectores
- FRO-IAE Ficha de Registro Obligatorio – IAE
- GT - Grupos T
- IAE - Intento de Autoeliminación
- IASP - International Asociation of Suicide Prevention
- IDISU - Iniciativa De Derechos del Niño y Salud Uruguay
- IS - Ideación Suicida
- MSP - Ministerio de Salud Pública
- OMS - Organización Mundial de la Salud
- RISS-R Red Integrada de Servicios de Salud con base Regional
- SIPIAV - Sistema Integral de Atención a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
- SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud
- TEC - Traumatismo Encefalocraneal
- UdelaR - Universidad de la República
- UPS - Uso problemático de sustancias
- VIH - Virus de Inmunodeficiencia Humano
- WHO - World Health Organization.

LISTA DE GRÁFICOS Y CUADROS

- Gráfico 1. Datos globales de suicidio entre 2007-2012..... 29
- Gráfico 2. Distribución de suicidios según sexo (2012)..... 29
- Gráfico 3. Distribución de suicidios según franja etárea (2012)..... 30
- Gráfico 4. Distribución territorial de suicidios en Uruguay (2013)..... 30
- Gráfico 5. Muertes por causas externas (2012)..... 31
- Cuadro 1. Factores influyentes en el desarrollo adolescente..... 39
- Cuadro 2. Factores de Riesgo de conducta suicida en adolescentes..... 40
- Cuadro 3. Factores protectores de conducta suicida en adolescentes..... 42
- Cuadro 4. Factores que dificultan/interfieren en la detección de Depresión y/o FR suicida..... 43
- Cuadro 5. Mitos desmentidos por la ciencia..... 44
- Cuadro 6. Focos de los Programas de Prevención del Suicidio..... 50
- Cuadro 7. Objetivos que deben contemplarse en las campañas educativas en población general..... 51
- Cuadro 8. Objetivos de las campañas dirigidas a adolescentes y jóvenes en las instituciones educativas e instituciones sociales..... 51
- Cuadro 9. Objetivos de las campañas educativas para los Equipos de Salud del Primer Nivel..... 52
- Cuadro 10. Actores sociales que son claves en la prevención de las conductas suicidas..... 52
- Cuadro 11. Importancia de los estudios de Screening..... 53
- Cuadro 12. Relevancia del abordaje farmacológico..... 53
- Cuadro 13. Importancia del seguimiento de los IAE..... 54
- Cuadro 14. Razones para disminuir y regular los medios letales que favorecen los suicidios..... 54
- Cuadro 15. El suicidio y los medios de comunicación..... 55
- Cuadro 16. Síntomas y signos de alerta..... 59
- Cuadro 17. Factores de Riesgo y Señales..... 60
- Cuadro 18. Características de la comunicación con adolescentes con Factores de Riesgo..... 61
- Cuadro 19. Qué preguntar ante un adolescente con Ideación Suicida..... 63
- Cuadro 20. Qué aspectos evaluar de la Ideación Suicida..... 64
- Cuadro 21. Niveles de riesgo suicida en caso de Ideación suicida y recomendaciones de actuación..... 65
- Cuadro 22. Cómo valorar el Intento de Suicidio..... 66

- Cuadro 23. Posibles soportes de ayuda frente a situaciones de Riesgo Suicida..... 67
- Cuadro 24. La Familia del adolescente con Riesgo Suicida..... 67
- Cuadro 25. Pasos a seguir en caso de No presentar y Si presentar Riesgo Suicida..... 69
- Cuadro 26. Indicaciones a seguir en caso de Intentos de Autoeliminación en adolescentes..... 69
- Cuadro 27. Recomendaciones para profesionales tratantes..... 70
- Cuadro 28. Psicofarmacología utilizada y resultados obtenidos..... 71
- Cuadro 29. Eficacia de la psicoterapia para estas situaciones o para estos pacientes..... 71
- Cuadro 30. Características de la depresión normal y patológica en los adolescentes..... 73
- Cuadro 31. Recomendaciones intra e interinstitucionales en caso de riesgo suicida o suicidio consumado..... 74
- Cuadro 32. Aspectos a tener presentes con familiares sobrevivientes..... 76
- Cuadro 33. Red Integrada de Servicios de Salud con base Regional (RISS-R)..... 81
- Cuadro 34. Organigrama de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE..... 82
- Cuadro 35. Distribución de los Equipos de Salud Mental de ASSE..... 83
- Cuadro 36. Distribución de ESM de las regiones: Norte, Este y Oeste..... 86
- Cuadro 37. Distribución de ESM de la Región Sur..... 87
- Cuadro 38. Disponibilidad de Guardias en Psiquiatría en Hospitales Generales a nivel país..... 89
- Cuadro 39. Disponibilidad de camas para Salud Mental a nivel país..... 89
- Cuadro 40. Distribución de Unidades Ejecutoras y Asistenciales de la Región Sur..... 91
- Cuadro 41. Red Salud Mental Región Sur Sub Región Sur Oeste..... 92
- Cuadro 42. Red Salud Mental Región Sur Sub Región Sur Este..... 92
- Cuadro 43. Unidades Ejecutoras de Referencia Nacional..... 93
- Cuadro 44. Actividades de prevención sobre violencia doméstica realizadas en los centros educativos de enseñanza media..... 102
- Cuadro 45. Actores involucrados en las actividades de prevención..... 103
- Cuadro 46. Dificultades identificadas por los docentes de los centros educativos de enseñanza media para la ejecución de actividades de prevención..... 104
- Cuadro 47. Principales soluciones propuestas a las dificultades..... 105
- Cuadro 48. Relación encontrada entre realizar actividades de prevención y detectar situaciones de violencia doméstica en el centro educativo..... 106
- Cuadro 49. Detección de casos (%) de violencia doméstica realizadas en el centro educativo según sector institucional y región (2011)..... 106

GLOSARIO

1. **Aflicción:** Cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un adolescente, su concurrencia al centro escolar o su comportamiento personal deben ser considerados seriamente.

2. **Autolesión:** Término amplio que concierne al envenenamiento o lesión intencional autoinflingida, la cual puede o no tener un bjetivo o resultado fatal.

3. **Amenaza suicida:** Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse.

4. **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, etc.).

5. **Conducta Autoagresiva/Lesiva:** Acto deliberado con intención de ocasionarse dolor, agresión o lesión, sin intención manifiesta o evidencia explícita o implícita de ocasionarse la muerte (los más frecuentes: ingesta de medicamentos y/o de sustancias tóxicas, cortes en el cuerpo autoinfligidos para aquietar estados de angustia).

6. **Conductas Suicidas:** 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, aún cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta.

7. **Gesto suicida:** Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia.

8. **Ideación de Autoagresión/Lesión:** Pensamiento manifiesto y/o intención explícita o implícita de realizar un acto o conducta de autoagresión.

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

10. **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 di-

ferencia 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, aún 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.

11. **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.

12. **Intento de suicidio/autolesión/autoeliminación:** Acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente, y/o referente/acompañante.

13. **Plan suicida:** Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

14. **Riesgo suicida:** Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

15. **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.

16. **Suicidio consumado:** Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita que la persona intentó quitarse la vida.

17. **Superviviente:** Se denomina así a los familiares de un suicida. También se les conoce como sobrevivientes o sea los que viven después de la muerte del otro, para algunos autores no se refiere solamente a los parientes sino también a los amigos y médicos tratantes, quienes pueden manifestar síntomas similares de duelo ante la pérdida de los familiares del occiso.

18. **Postvencion:** Término acuñado por E. Shneidman en 1971, para referirse al apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

(Fuentes: Ministerio de Salud de la Nación, 2012; OMS 2011).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (2012) destaca en su documento "*Public health action for the prevention of suicide: a framework*." una serie de actividades en relación a la prevención del suicidio. Entre ellas se destacan:

- Promover la pronta identificación, evaluación, tratamiento y derivación de personas con riesgo de conductas suicidas para el cuidado profesional;
- Promover la conciencia pública con respecto a las cuestiones de bienestar, comportamientos suicidas mentales, las consecuencias del estrés y la gestión eficaz de las crisis;
- Mantener un programa de capacitación integral para los guardianes identificados (por ejemplo: policía, educadores, profesionales de la salud mental);
- Establecer instituciones u organismos para promover y coordinar la investigación, la formación y la prestación de servicios en relación con los comportamientos suicidas.

Con miras a poder cumplir con estos objetivos, teniendo como marco de referencia la Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay (IDISU)[1] y la Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud, elaborada por dicho equipo, el marco jurídico de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) y el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), un equipo de trabajo interdisciplinario e inteinstitucional, conformado por la Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR, la Dirección de Derechos Humanos de ANEP-CODICEN y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), elaboró la presente Guía de Prevención de las conductas suicidas en adolescentes con la colaboración de otros actores involucrados en la temática como son el Programa Nacional de Salud Mental y Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública (MSP).

¿Por qué trabajar con el Sector salud?

- La Atención Primaria a la Salud (APS) se concibe como una estrategia en la cual están involucrados todos los niveles de atención en función, esencialmente, de una labor de descentralización y coordinación de funciones. Se sustenta en el trabajo en equipo multidisciplinario y en la participación de la comunidad.
- Socializar la atención de la Salud Mental en el primer Nivel de atención.
- El sector tiene capacidad para prevenir y detectar precozmente "el circuito" (ideación suicida-conducta suicida-suicidio). En ese sentido, la OMS ha establecido una serie de recomendaciones protocolizadas para mejorar la eficacia

[1] Equipo de amplia integración, que incorporó profesionales y técnicos de: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) con el apoyo y la participación de UNICEF y el auspicio de OPS-OMS e IIN-OEA,así como de CRED-PRO.

y eficiencia.
- El personal de la salud demanda la necesidad de tener herramientas que permitan realizar intervenciones informadas, eficaces y respetuosas de los derechos de los y las adolescentes.

¿Por qué trabajar con el Sector educativo?

- La extensa cobertura de la enseñanza media posiciona estratégicamente a los centros educativos como instituciones de referencia y posibles articuladores de redes comunitarias.
- Espacio privilegiado para socializar, trasmitir y reflexionar sobre las creencias y/o legados culturales y por ende privilegiado para esta temática.
- La permanencia de los adolescentes en las instituciones educativas contribuye a la detección de esta problemática a través de los vínculos de confianza o bien a través de la posible detección precoz de indicadores.
- El personal educativo demanda la necesidad de tener herramientas que permitan realizar intervenciones informadas, eficaces y respetuosas de los derechos de los y las adolescentes.

Sobre los objetivos y contenidos de la Guía

La presente guía tiene como finalidad hacer un aporte, para el manejo de riesgo suicida en adolescentes, a los sectores de la Salud y Educación. Ello apunta a favorecer la realización de acciones coordinadas que favorezcan el mejor abordaje y prevención del fenómeno en dicha población.
La misma toma como referencia diversos trabajos y pautas recomendadas a partir de la experiencia de diferentes investigadores y organismos internacionales vinculados con ambos sectores.

Objetivos:

- ***Sensibilizar*** a los profesionales de los sectores de Salud y Educación acerca de la importancia del fenómeno en la población adolescente y la necesidad de trabajo coordinado.
- ***Socializar*** una serie de recomendaciones para la derivación y atención de adolescentes con factores de riesgo de conducta suicida.

El material contiene:

A) pautas claras y precisas de cómo actuar en situaciones de riesgo y derivación tanto en salud, como en educación,
B) listado detallado de los 45 equipos de salud mental existentes a nivel nacional pertenecientes a ASSE,
C) los centros de rehabilitación a nivel nacional y las actividades que realizan intra y extramuros,
D) detalle completo de la red nacional de tratamiento de adicciones con sus 3 centros de referencia (Jagüel, Casa Abierta y Portal Amarillo) y los Grupos T,
E) información sobre Mapas de Ruta actualizados de diversos sectores,
F) Ficha Obligatoria de Registro de Intentos de Autoeliminación (FRO-IAE) del Ministerio de salud Pública.

CAPÍTULO 1

Aspectos Conceptuales

1. La conducta suicida en la adolescencia. Consideraciones generales.

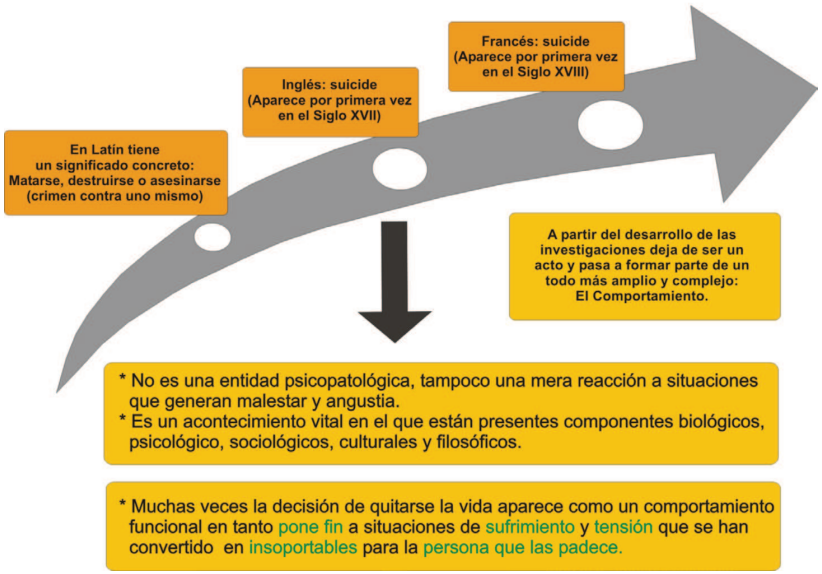
1.1. Sobre la noción de muerte

La muerte y las circunstancias en las que ocurre (de forma repentina por accidente, causa violenta, o de manera prolongada, producto de una enfermedad terminal) provocan sentimientos encontrados en las personas a pesar que las enfermedades y la muerte misma forman parte de la existencia humana.
Diferentes autores (Allué, 1998; Gómez, 1999; López, 2001; Grau, 2008) destacan que las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos e internalizados a lo largo de la vida. Los ritos, costumbres, el lugar que la cultura le adjudica a la muerte dejan en evidencia la forma en que este acontecimiento provoca, desde la antigüedad, sistemas de creencias y prácticas mágicoreligiosas complejos y elaborados. Estos han servido para darle explicación, entender y poder manejar un hecho inevitable de la vida.
A pesar de ello, las sociedades modernas occidentales y cristianas, mantienen una actitud de rechazo hacia la muerte y en cierta manera una actitud de "silenciar el hecho", lo cual ha traído modificaciones en los rituales funerarios y el proceso de duelo. En otras palabras, la muerte se ha transformado en un acto temido, de fracaso, etc. que ejerce influencia en las personas tanto en la esfera conductual como relacional.

1.2. El fenómeno del suicidio.

A nivel mundial el número de Suicidios y de Intentos de Autoeliminación (IAE) presenta un incremento importante, transformándose en un problema prioritario de salud.
Múltiples publicaciones muestran un aumento en la tendencia del fenómeno en edades cada vez más tempranas (Botega, 2005; Botega, 2002; Hendin, 1992; Cassorla, 1991). La OMS estima que hubo aproximadamente 877.000 muertes por suicidio en el año 2002, destacando que el 85% de ellas se registraron en países de renta baja y media (WHO, 2003). Un reporte del año 2001 (WHO, 2001) resalta que los suicidios son la **tercera** causa de muerte en la población comprendida entre los 15 y 34 años, lo que significa una pérdida importante de población económicamente activa.

Evolución de la concepción del suicidio



- Cuando se habla de suicidio y se trata de alguien joven abruma la tristeza, lo incomprensible y la impotencia. Sin embargo, a menudo cuando un joven realiza un intento de autoeliminación (IAE) provoca en el entorno más enojo que tristeza; a menudo se dice que solamente "quería llamar la atención". Muchas conductas de riesgo e incluso IAE en la adolescencia no están motivadas por el deseo consciente de morir en el sentido corriente que le damos a la muerte.

- La noción de muerte requiere tener interiorizado el concepto de lo irreversible. Del punto de vista evolutivo, la probabilidad de la muerte se identifica primero en los otros y más tarde surge el pensamiento de la propia muerte como posible. No siempre los adolescentes tienen esta noción integrada. En las entrevistas posteriores al intento algunos adolescentes expresan que no querían morir sino solo "dormir y alejarse" (Grunbaum, 2012).

Datos acerca de una investigación realizada por el Programa de Salud de la Adolescencia y Juventud (Grunbaum, 2012) sobre muertes por suicidio en adolescentes se puede consultar en el Anexo 1.

Nomenclatura utilizada para el comportamiento suicida

Conducta referida a:	Nomenclatura	
Actos	Intento/Tentativa de suicidio, Acto suicida Suicidio ampliado/Homicidio-suicidio Suicidio doble o pactos suicidas, Suicidio colectivo	
Actos suicidas según el resultado	Suicidio/Autolisis/Autodestrucción/Autoaniquilamiento Tentativa o intento de suicidio Parasuicidio/Autoenvenenamiento/Autolesión	
Actos con riesgo lesivo potencial sin intención suicida	Parasuicidio Autolesión Pseudosuicidio Suicidio fingido	Autoenvenenamiento Autodaño Gestos suicidas Conducta autodestructiva indirecta crónica Equivalente suicida
A sujetos o poblaciones que presentan dichos actos	Suicidio Parasuicidio Presunción	Tentativa de suicidio Suicida
Actos o aspectos psicológicos en sujetos con potencialidad de actos suicidas.	Síndrome presuicida Autodestructividad Ideación suicida	Suicidalidad/Tendencia suicida Lógica suicida

(O'Carroll et al, 1996)

La propia complejidad que muestra el fenómeno hace imprescindible **posicionarse desde un enfoque preventivo** porque lo importante a destacar es que la conducta suicida es concebida como un **continuum** donde en un polo se ubicarían las ideas y en el opuesto estaría el acto en sí.

2. El enfoque de derechos para el abordaje de la conducta suicida

Como se mencionó anteriormente, la presente Guía toma como referencia el CDN y la CNA, por lo tanto se entiende imprescindible tener presente y considerar algunos conceptos en relación a este campo.
Desde el MSP se adoptó como una de sus prioridades la incorporación de la perspectiva de derechos para orientar las acciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), para poder dar respuestas a las responsabilidades contraídas por el Estado uruguayo en la esfera internacional, y además cumplir con el contenido de la ley 18211 de creación del SNIS. En ella "se establece que la protección a la salud es un derecho de todos los habitantes residentes en el país" (Clavell, 2012 citado en IDISU 2012:11).

A continuación se detallan textualmente algunos aspectos imprescindibles para el abordaje de la temática. La Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud (IDISU, 2012) propone que:

"El efectivo ejercicio de los derechos del niño en el ámbito de la salud requiere que ***la interacción entre los profesionales de la salud, los padres o responsables y los niños se estructure de acuerdo con el nuevo paradigma jurídico***[3] *, lo que exige la implementación de dispositivos que garanticen sus derechos de acceso a los servicios de atención, de recibir información, de expresar su voluntad y de que esta sea debidamente atendida en un marco de confidencialidad." (IDISU, 2012:23).*

Estos derechos tienen ***como contrapartida los correlativos deberes de los profesionales de la salud****, quienes deben brindar a los niños y adolescentes* ***una atención de calidad que asegure el respeto de sus derechos****. A su vez, los servicios de salud deberán garantizarles el efectivo acceso a una atención de calidad mediante servicios adecuados que atiendan sus particularidades." (IDISU, 2012:24).*

La consagración en el ámbito normativo del nuevo paradigma respecto de la condición jurídica de las personas menores de edad trajo aparejado el reconocimiento de su ***autonomía progresiva*** *para ejercer sus derechos, lo que implicó una reformulación del estatuto que regula la relación de los niños y adolescentes con sus padres o responsables, quienes dejaron de ser las personas a las que el ordenamiento jurídico les atribuía la facultad de ejercer legítimamente los derechos de que eran titulares sus hijos, para pasar a ser las personas primariamente obligadas a orientar y guiar a su hijos en el ejercicio de sus derechos (IDISU 2014 pag: 24).*

Con la aprobación de la CDN quedó claramente establecido, en el ámbito normativo, que ***las facultades que se les atribuye a los padres y responsables*** *están fundadas* ***en el cumplimiento de la función de orientación y guía. Cuando dichas facultades son utilizadas con una finalidad diferente a la referida se configura un abuso de derecho, en tanto se hace un uso indebido de este*** *(IDISU, 2012:24).*

Son estas las premisas a partir de las cuales se debe abordar la formulación de las orientaciones generales que han de guiar la praxis cotidiana de los operadores de la salud *(IDISU, 2012:24).*

2.1. Principios generales del derecho en el Uruguay.

A los efectos de la presente guía es importante considerar 2 de los principios generales del derecho reconocidos por la normativa uruguaya, a saber:

3 Los destacados en negritas son de los autores de la presente Guía.

- **Principio del interés superior del niño:** Este principio conlleva una consideración primordial de los derechos del niño, en todas las acciones y decisiones de los adultos que afecten a los niños, niñas y adolescentes. Dicho de otro modo: entre el conjunto de intereses involucrados en una situación particular, debe primar el interés del niño, de manera tal que la resolución esté orientada a garantizarle el pleno ejercicio de sus derechos en el presente y en el futuro. Esta preeminencia se deriva de la necesidad de asegurar a los niños las condiciones que posibiliten el más pleno desarrollo de su personalidad desde su más temprana edad. La conculcación o vulneración de un derecho básico durante la infancia de un niño puede afectar el resto de su vida. En el ámbito de la salud, cobra especial importancia el mencionado principio en términos de oportunidad para el pleno desarrollo de sus capacidades.

- **Principio de la autonomía progresiva:** Este principio está inspirado en la nueva condición jurídica del niño y del adolescente, por tanto reconoce la calidad de sujeto de derecho, que significa que cada niño o adolescente tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo. Esto se traduce en la definición de una esfera de autonomía personal que se va ampliando a medida que el niño va creciendo, en tanto va desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo. Esto significa que dicha esfera de autonomía resulta mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez (**IDISU, 2012: 29-31**)[4]. Este reconocimiento de validez y eficacia de las manifestaciones de voluntad de las personas menores de edad importa también el respeto al derecho a la privacidad; derecho que es una de las más trascendentes manifestaciones del principio de la libertad personal.

Hay que destacar que el principio de la autonomía progresiva y de la libertad personal tienen su límite si hay riesgo de vida.

Decreto 274/010 Ministerio de Salud Pública, reglamentario de la ley 18335, Artículo 31: Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario, paciente o terceros.

4 Por mayor información acerca de los Principios generales del derecho y Derechos fundamentales vigentes en el orden normativo uruguayo ver Anexo 2.

2.2. Definición normativa de las categorías etarias de Niño y Adolescente

Para tener en cuenta:

"**El CNA en su artículo primero define como «niño» a toda persona comprendida entre los 0 y los doce años de edad inclusive, y como «adolescente»** a toda persona mayor de 13 y menor de 18 años de edad (Pág.48). Para la CDN es niño toda persona menor de 18 años.

" (…) **las instituciones deberán desarrollar una praxis respetuosa del ámbito creciente de autonomía personal que el ordenamiento jurídico les reconoce a las personas menores de edad conforme estas van creciendo, lo que deberá tenerse debidamente en cuenta en el momento de analizar cada una de las situaciones que se presenten**…

(…) El único criterio que puede servir de parámetro objetivo para la determinación del grado de madurez que resulta aceptable en términos axiológicos racionales es el etario.

Establecer que a partir de determinada edad y respecto de ciertos asuntos la opinión de los adolescentes tenga carácter vinculante[5] no significa que se desconozca la condición de sujetos de derecho de los niños, ni que estos sean considerados incapaces de expresar su voluntad y deseos; su opinión deberá ser ponderada en el marco de la situación planteada (Pág:49).

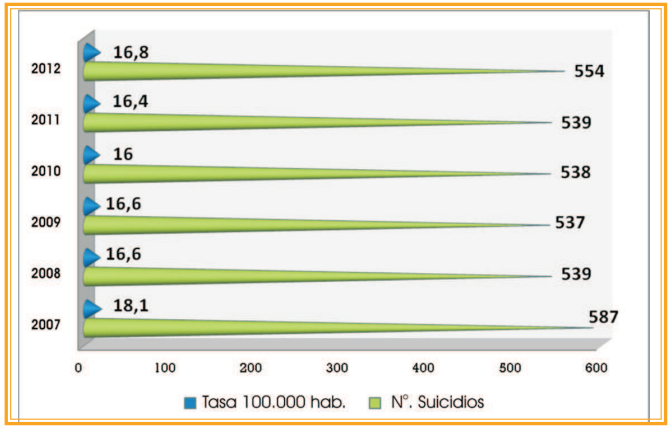
3. Alcance del problema del suicidio a nivel nacional.

3.1. La conducta suicida en Uruguay

Uruguay presenta una de las mayores tasas de suicidio a nivel latinoamericano luego de Cuba, la misma se ubica en 16,8 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo la tasa más baja a nivel internacional de 13 muertes cada 100.000. Dicha cifra no ha variado significativamente durante el período 2007-2012 como se observa en el gráfico 1.

[5] Vinculante: plenamente eficaz en términos jurídicos y, por ende, determinante para la resolución de la situación.

Gráfico 1. Datos globales de suicidio entre 2007 - 2012

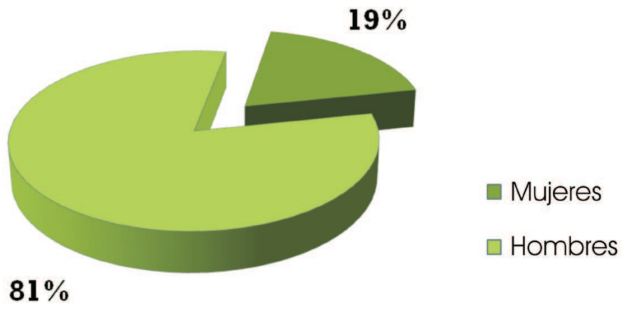


Fuente: Programa Nacional de Salud Mental (MSP, 2013)

La distribución por sexo y por edades, sigue las tendencias internacionales, destacándose su mayor frecuencia en hombres y en la franja de 20 a 29 años (Gráfico 2 y 3). El gráfico 4 presenta la distribución territorial, con predominio en el interior del país.

De acuerdo a los datos disponibles, el suicidio en población general ocupa el primer lugar dentro de las muertes por causas externas, seguido de los accidentes de tránsito y los homicidios (Gráfico 5).

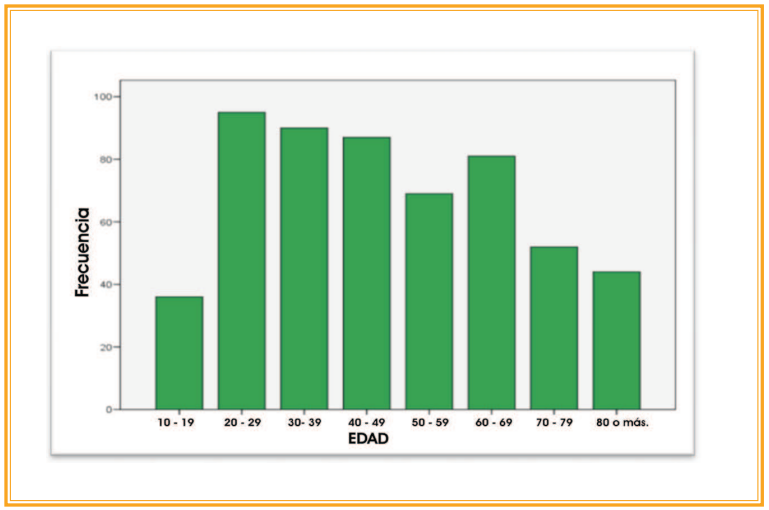
Gráfico 2. Distribución de suicidios según sexo (2012)



Fuente: Programa Nacional de Salud Mental (MSP, 2013)

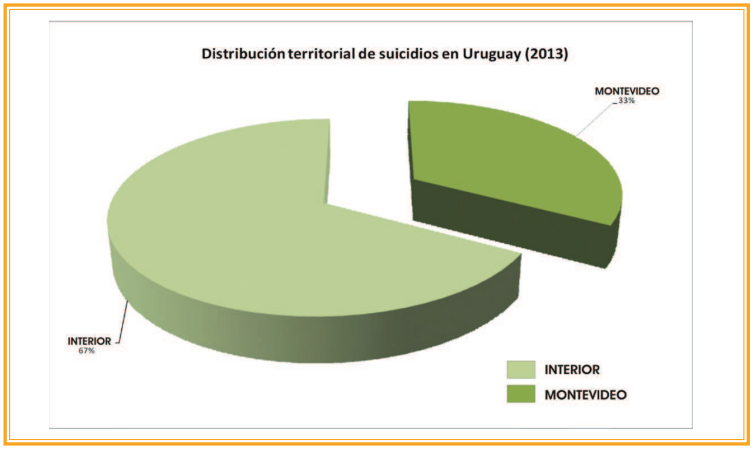
[6] La distribución de suicidios por Departamentos se observa en el Anexo 3.

Gráfico 3. Distribución de suicidios según franja etaria (2012)



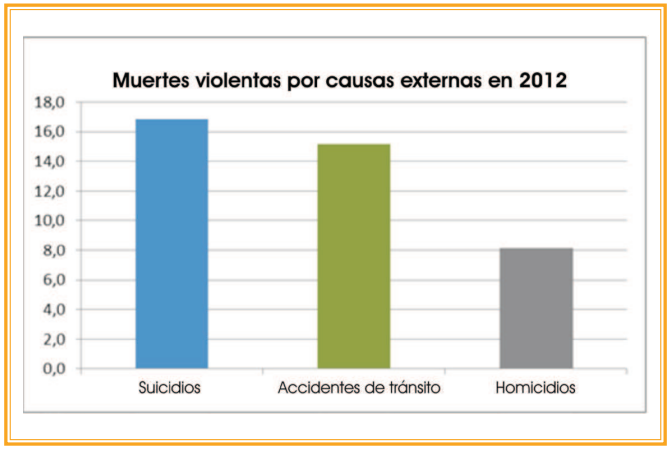
Fuente: Programa Nacional de Salud Mental (MSP, 2013)

Gráfico 4. Distribución territorial de suicidios en Uruguay (2013)



Fuente: Programa Nacional de Salud Mental (MSP, 2013)

Gráfico 5. Muertes por causas externas (2012).



Fuente: Programa Nacional de Salud Mental (MSP, 2013)

Según datos del Programa Nacional de Salud Mental del MSP, la mortalidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, en el período 2005 - 2009, fue de 2.383 personas, de éstas, 1519 (63%) ocurrieron por "causas externas". Según la OMS, la mortalidad por causas externas abarca las lesiones no intencionales, que comprenden los accidentes, y las lesiones intencionales (violencia), que pueden ser autoinflingidas (lesiones autoinflingidas intencionalmente) o causadas por terceros (agresiones).
El peso de las defunciones por causas externas sobre el total de las causas va aumentando desde la niñez hacia la adolescencia y juventud con un pico en los tramos de 15 a 19 y de 20 a 24 años (Datos elaborados por Belamendia, M y Esponda, F. de Economía de la salud, MSP, 2010).

En la adolescencia y juventud, los suicidios ocupan el segundo lugar y los accidentes de tránsito el primero. En el período de tiempo analizado (2005-2009) fallecieron 842 adolescentes y jóvenes por estas dos causas.

Se podría decir que cada 4 días falleció un adolescente o joven por accidente y otro por suicidio.

CAPÍTULO 2

Prevención de la conducta suicida en adolescentes

1. El enfoque preventivo y de riesgo utilizado en el abordaje de la conducta suicida en adolescentes.

1.1. Riesgo y vulnerabilidad

¿Qué se entiende por Riesgo?

- Potencial de pérdidas que puede ocurrirle a un sujeto o sistema expuesto, resultado de la superposición de la amenaza y la vulnerabilidad. Es la probabilidad de exceder un nivel de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un cierto sitio y durante cierto período de tiempo (Cardona, 2001).

¿Qué se entiende por vulnerabilidad?

- Predisposición o susceptibilidad, física, económica, política o social que tiene una comunidad o sujeto de ser afectada o de sufrir daños en caso que un fenómeno desestabilizador de origen natural o causado por el hombre se manifieste.
- En la actualidad se utilizan, muchas veces, las palabras vulnerabilidad y riesgo como sinónimos a pesar que son conceptos diferentes y las definiciones obedecen a un enfoque metodológico que ayuda al entendimiento del riesgo y la posibilidad de reducirlo o mitigarlo. Como en varias situaciones no se puede actuar sobre la amenaza, bajo este enfoque es viable comprender que para disminuir el riesgo no hay otra posibilidad que disminuir la vulnerabilidad de los elementos expuestos.
- En los países en desarrollo la vulnerabilidad social es mayoritariamente la causante de las condiciones de vulnerabilidad física.
- La vulnerabilidad social es una condición que se gesta, acumula y permanece en forma continua en el tiempo y está íntimamente relacionada a los aspectos culturales y al nivel de desarrollo de las comunidades.

Según la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina la vulnerabilidad “se configura socialmente y es el resultado de procesos económicos, sociales y políticos.” (Cardona, 2001).

¿Porqué utilizar la noción de riesgo?

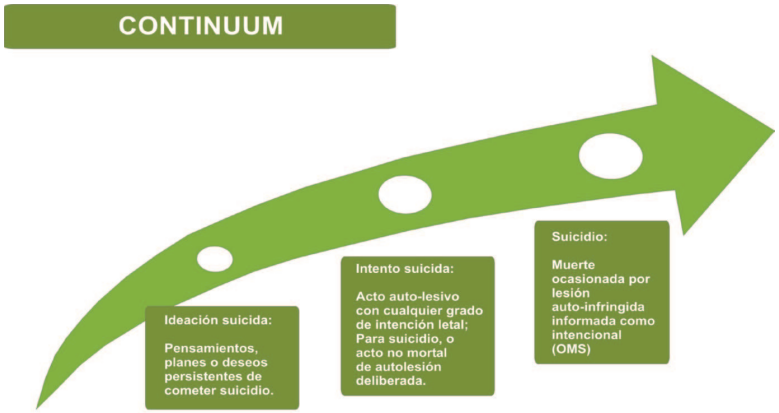
- Brinda una medida de la necesidad de atención a la salud.
- El conocimiento del riesgo o de probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna.

(Jessor R. 1991).

Importancia del enfoque preventivo para la conducta suicida

- Es uno de los pasos más importantes para el conocimiento y prevención.
- Reconoce fenómenos observables/identificables previos a la ocurrencia de problemas de salud.
- Permite atención preventiva, adecuada y oportuna para evitar situaciones de riesgo y sus complicaciones.
- Concebir la conducta suicida como un continuo es consecuente con un enfoque preventivo pues permite anticiparse a problemas mayores.

Estudios realizados acerca de la Ideación Suicida (IS) subrayan que, aunque **no es un factor determinante** para llegar al suicidio, en alguna etapa de la vida de un adolescente, como ocurre en momentos de gran ansiedad e impulsividad, **puede convertirse en tal.** Por lo tanto, es posible ubicar la IS en uno de los polos de un continuum que puede terminar en la autodestrucción.
De esta forma, la IS puede ser el primer paso (predictor) para un eventual suicidio (Barrios, 2000; Flechner, 2000). En esta misma línea, algunos trabajos han concluido que son varios los factores que se asocian a la ideación e interaccionan conjuntamente transformándose así en factores de riesgo (psiquiátricos/médicos, psicosociales y demográficos). Por otro lado, también se describe la presencia de factores protectores (personalidad, familiares, socioculturales y ambientales) (WHO, 2012; Wasserman, 2000).



Concebir la conducta suicida como un continuum facilita la anticipación a cada una de las situaciones sucesivas

(Beck, 2000 Barrios 2000, Flechner, 2000)

1.2. Adolescencia: Importancia de su focalización desde una perspectiva preventiva

Etapa especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas.
Supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento (idea de Rousseau) en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados.

(Stanley Hall, 1904).

Es el resultado del desarrollo que se produce en la pubertad con modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. Despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse una desvinculación con ésta y de oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de una identidad y crisis de identidad asociada con ella.

(Erikson, 1971)

Los conceptos de adolescencia y juventud corresponden a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas, procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes, «la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos».

(Bourdieu, 1998)

Piaget (1987): releva los cambios en el pensamiento, donde el sujeto tiende a la elaboración de planes de vida y transformaciones afectivas y sociales unidas a cambios en el pensamiento, donde la adolescencia es el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales.

Características de los aspectos cognitivo intelectuales en esta etapa.

- Desarrollo de profundos cambios en la estructura del pensamiento (período de las operaciones formales de Piaget).
- Capacidad de analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y elaborar complejos sistemas de razonamiento reconstruyendo el universo de su infancia.
- Reconoce la posibilidad de “no ser“, su realidad psíquica incorpora lo permanente y lo transitorio.
- Se da la configuración del razonamiento social:
  - * relevancia de los procesos identitarios individuales, colectivos y societales (noción de “nosotros mismos”),
  - * relaciones interpersonales, instituciones y costumbres sociales.
- El razonamiento social se vincula con conocimiento del:
  - “yo” y “los otros”,

* la adquisición de habilidades sociales,
* conocimiento y aceptación/negación de los principios del orden social,
* adquisición y desarrollo moral y valorativo.

(Moreno, Barrio: 2000)

La reconstrucción de la identidad, incorpora posibilidades de fracasos, pérdidas, catástrofes y muertes.
Morirse es, en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales; el lenguaje cotidiano se refiere a ello tanto para referirse a:

- sensaciones afectivas intensas ("me muero de ganas"),
- soledad y frustración ("me muero de aburrimiento").

En suma:

Período crítico:

- sometido a constantes cambios físicos, psíquicos y sociales en un marco familiar.
- de riesgo en el que pueden sentar bases para la aparición de síntomas, enfermedades y alteraciones de la personalidad.

Adolescencia ¿normal o patológica?

Establecer una línea divisoria entre lo normal y lo patológico en esta etapa del desarrollo es lo más difícil dada la multiplicidad de conductas alteradas, su labilidad, el papel de la familia, su entorno, etc. Según Marcelli (2005) habría dos modalidades de análisis para la valoración del adolescente:

1. la fluidez opuesta a la rigidez de las conductas y cómo interfieren en el funcionamiento global de la personalidad (los acontecimientos actuales y la organización mental construida históricamente),

2. grado de importancia que pueden adquirir las interferencias en el desarrollo psíquico a futuro (análisis prospectivo de las interacciones entre acontecimientos actuales y el proceso psíquico en formación).

1.3. Factores de riesgo (FR) y protección (FP) en adolescentes y jóvenes

Cuando se habla de FR se hace referencia a:

- la presencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, aumentan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud.

Cuando se habla de FP se hace referencia a:

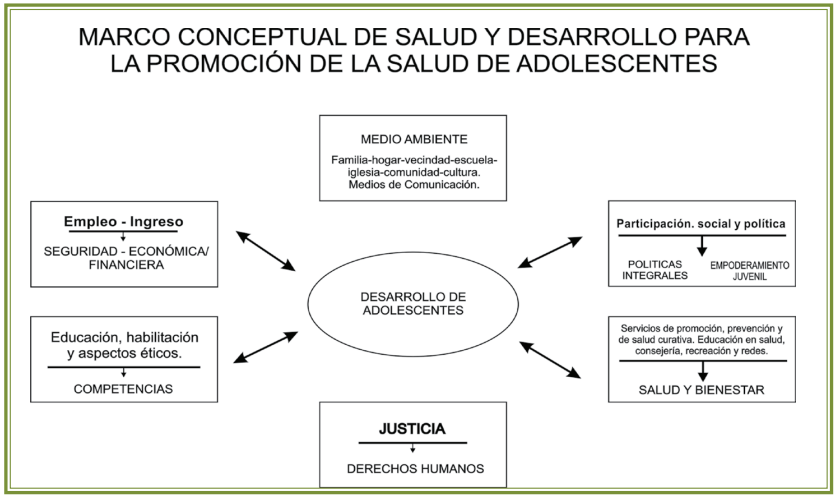
- la presencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, reducen la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud.

La salud y el desarrollo de los adolescentes están determinados por múltiples factores entre los que se destacan aspectos socioeconómicos, medioambientales, educativos, jurídicos, sanitarios, sociales y políticos (Cuadro 1). La identificación de FR y FP en estos distintos niveles es un componente clave en el proceso de valoración de una persona con riesgo suicida, en tanto puede ayudar a determinar la naturaleza y el tipo de intervenciones necesarias.

Los FR, en diferentes niveles (individual, social o contextual) y en múltiples puntos de interacción, son variables que pueden afectar negativamente el desarrollo de las personas y ser indicativos de que un individuo, una comunidad o una población es particularmente vulnerable al suicidio.

En los adolescentes en particular, dichos problemas promueven la ocurrencia de desajustes adaptativos que dificultarían el logro del desarrollo esperado para el joven en cuanto a su transición de niño a adulto responsable y capaz de contribuir y participar activamente en la sociedad (Baron, 1997).
Los riesgos no son mutuamente excluyentes sino copresentes en general, siendo mayor el riesgo de acuerdo al número de factores en juego.

Cuadro 1. Factores influyentes en el desarrollo adolescente



Fuente: Plan de Acción Regional de Salud y Desarrollo de Adolescentes.
Organización Panamericana de la Salud.

Dada la variedad de factores mencionados anteriormente, es necesario contar con un marco teórico que integre distintos modelos, por ej.: cognitivo - mediacional - psicodinámico, es decir tender a la complementariedad de modelos teórico.
El punto de partida es que:

- **Las personas son integrantes de un sistema familiar específico** del cual adoptan creencias, valores y significaciones sobre: vida, muerte, proyectos de vida, que operan a nivel consciente como inconsciente.

- **Se contextúan además social, cultural e históricamente**, teniendo experiencias diversas en su ciclo de vida, que se interpretan y comprenden en relación al punto anterior, con las posibilidades que le ofrece su sistema neurobiológico.
- **Los comportamientos relacionados con el suicidio** se vinculan con:

  * ***factores concurrentes*** (historia personal y social, aspectos neurobiológicos, grado de salud mental).
  * ***factores precipitantes*** (experiencias vitales muy estresantes; falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas, etc.).

(Casullo, M. 2004)

Diferentes estudios han identificado varios FR, sin embargo muchos de ellos enumeran aspectos distintos y comunes en los adolescentes.

Cuadro 2. Factores de Riesgo de conducta suicida en adolescentes

Individual	Sociocultural	Situacional
• Intento de suicidio previo. • Trastorno Mental. • Abuso de alcohol o drogas. • Desesperanza. • Sentimiento de aislamiento. • Falta de apoyo social. • Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos). • Tendencias agresivas. • Impulsividad. • Antecedentes de trauma, maltrato y/o abuso sexual. • Angustia emocional aguda. • Enfermedades crónicas, limitantes, incluyendo dolor. • HIV. • Antecedentes familiares de suicidio. • Factores neurobiológicos. • Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal).	• Estigma asociado con búsqueda de ayuda. • Barreras para el acceso a cuidado de la salud, especialmente salud mental y tratamiento de abuso de sustancias. • Ciertas creencias culturales y religiosas (por ejemplo, que el suicidio es una resolución noble de un dilema personal). • Exposición a comportamientos suicidas, a través de medios de comunicación, y/o influencia de otros que han muerto por suicidio.	• Falta de empleo y pérdidas financieras. • Pérdidas relacionales, familiares o sociales. • Conflictos entre padres (familiares) y relaciones padres/hijos problemáticas. • Familias disfuncionales muy violentas (familiares). • Fácil acceso a medios letales. • Grupos locales de suicidio que pueden influir de forma contagiosa. • Eventos estresantes en la vida. • Problemas legales/ disciplinarios, dificultades en la escuela. • Abandono escolar. • Redes sociales y medios de comunicación que inducen conductas suicidas.

Fuente: Adaptado de WHO (2012: 14), Taliaferro, (2011)

Tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e IAE en la adolescencia.

Psicopatología: Diferentes trastornos coexisten con los comportamientos suicidas, ej.: regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas, inadecuado uso de mecanismos de defensa.
Reduce posibilidades adaptativas y empleo adecuado de estrategias de afrontamiento frente a situaciones conflictivas.
No puede decirse que son causa sino que su presencia aumenta la probabilidad.
La depresión y los trastornos conductuales son los cuadros más relacionados.

Estados fenomenológicos: Estados emocionales muy intensos que no se toleran y generan deseo de ponerle fin, ej.: desesperanza, vergüenza, soledad, ser muy diferente al resto, aislamiento, pérdida del autocontrol, sentimientos de rabia, hostilidad, irritabilidad, ansiedad, odio intenso a sí mismo y los demás.

(Orbach. 1994)

Rasgos o estilos de personalidad: Son características estables de la persona en relación a determinados contextos.

Algunas características pueden convertirse en altamente autodestructivas, bajo determinadas circunstancias:

- **Ambición.** Desbalance entre metas y posibilidades, altas aspiraciones (personales y/o familiares) pueden conducir a situaciones suicidas.
- **Impulsividad**. Fracaso en control de impulsos. Muchos sujetos no logran elaborar proyectos de vida viables, desarrollan lo que se denomina VISIÓN DE TÚNEL.

Forma de vida caracterizada por pensamientos:

  * dicotómicos (blanco o negro),
  * rígidos (sólo hay una manera de hacer algo),
  * no logran razonamientos divergentes.

- **Rigidez cognitiva.** Contar con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas.

- **Rechazo a recibir ayuda**. La desconfianza y el aislamiento.
- **Escapismo.** Estilo de "salir dando un portazo" para caracterizar cierta forma de comportarse.

(Shneidman, 1980)

Factores Protectores (FP)

Así cómo se hace hincapié en los FR, **también es fundamental reconocer la existencia de FP.** Estos pueden ayudar a las personas a lidiar con circunstancias especialmente difíciles y así minimizar el riesgo de suicidio e IAE. Es de suma importancia identificar formas para establecer, mejorar y mantener los FP para las conductas suicidas.

Cuadro 3. Factores protectores de conducta suicida en adolescentes

Sociedad y sistema de salud deben propiciar el desarrollo de FP que promuevan el crecimiento y la maduración sana del adolescente como ser:

- Buen apoyo:
  - -familiar y/o adulto referentes protector (ARP)[7]
  - -social (grupos de pertenencia saludables, amistades, instituciones educativas, deportivas, religiosas, etc.)
- Condiciones personales (iniciativas positivas, creativas, actitudes saludables, actividades recreativas, educativas, habilidades de resolución de problemas, resolución de conflictos y manejo no violento de los mismos, etc.) y autoestima.
- En suma:

Establecimiento y logros que:

- brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad;
- oportunidades de autoafirmación positiva,
- espacios sociales adecuados,
- soporte familiar abierto que brinde oportunidades de superación educativa y cultural que le faciliten la solución a los problemas.

7 Persona adulta que sea para el niño y adolescente una referencia afectiva, capaz de protegerlo física y emocionalmente en la situación, en especial en la búsqueda de soluciones. Puede ser un integrante de su familia u otra persona adulta con quien se sienta seguro y protegido

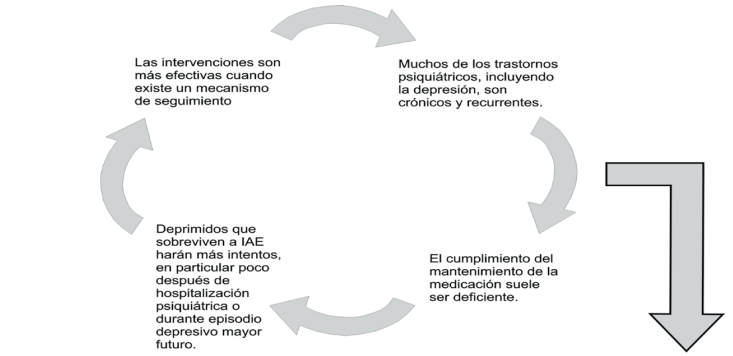
(CEIP, 2013:36)

Cuadro 4. Factores que dificultan/interfieren en la detección de Depresión y/o FR suicida.

Desde las personas	Desde el personal educativo	Desde el personal de la salud
Los que se refieren a características de personalidad y período vital en el que se encuentran.	Falta de herramientas para diferenciar entre conductas esperables propias del período de la adolescencia y aquellas que pueden ser signos de alerta y/o patológicas.	Es más difícil de diagnosticar cuando presenta comorbilidad con otra enfermedad (comorbilidad).
		Pueden presentar una gran variedad de dolores y molestias vagas.
		Focalizar atención sólo en factores biológicos y desestimar factores psicológicos que se expresan a diferentes niveles.
Prejuicios socioculturales, estigmas y mitos.		

A partir de estas dificultades es fundamental apuntar a estrategias preventivas de seguimiento de los adolescentes con problemas crónicos de salud mental y formación de los RRHH.

1.4 Estrategias de seguimiento de pacientes con problemas de salud mental.



La mejora del cuidado, en todas sus fases, de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos o recurrentes, en particular aquellos con trastornos del estado de ánimo e IAE tienen un potencial para la prevención.

1.4. Estigmas y Mitos

El estigma relacionado con el suicidio sigue siendo un gran obstáculo para los esfuerzos de prevención en muchos países. Este puede obstaculizar e incluso impedir que las personas busquen ayuda. De esta forma oficia de barrera para el acceso a los servicios de salud que trabajan en prevención, asesoramiento, tratamiento y post intervención.

Altos niveles de estigma pueden afectar negativamente la adecuada notificación y registro de las conductas suicidas, con sus consecuencias para la salud pública.

A esto se adiciona lo que se refiere a mitos que se asocian a la conducta suicida o a los IAE. Una de las formas de contribuir a la reducción de estos dos aspectos incluye considerar algunos conceptos.

¿Qué son los Mitos?

- Creencias falsas que se presentan a nivel social, manifestándose en varios miembros de diferentes grupos, lo que generaliza su presencia y le da carácter histórico social.
- Intenta siempre explicar algo, ya sea un fenómeno social o natural.

(Ariz León, 1999)

- Influyen en las actitudes que se consideran estados mentales y neurales de disposición, organizados en base a experiencias.
- Ejercen influencia directiva o dinámica sobre las respuestas de las personas ante objetos y situaciones con los que se relaciona.

(Bello Dávila, 2005)

- Son interpretaciones no científicas que se han agrupado en el imaginario social producto de las representaciones que a este mismo nivel se han acumulado y se transmiten generacionalmente.

(Martínez, 2002).

Cuadro 5. Mitos desmentidos por la ciencia

Mito y significado	Criterio científico
El que se quiere matar no lo dice. Conduce a no prestar atención a las personas con riesgo y sus comportamientos.	De cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente sus intenciones.
El que lo dice no lo hace. Minimiza las amenazas suicidas y se las confunde con chantaje, manipulación, alarde, etc.	Todo el que se suicida expresó lo que le pasaba de diferentes formas (palabras, amenazas, gestos o cambios de comportamiento).
Los que realizan un IAE no desean morir, solo hacen alarde. Favorece a tomar una actitud de rechazo hacia quienes realizan el acto y dificulta el ayudar y ser empático con el otro.	Aunque no todos los que realizan un IAE desean morir es un error subestimarlos ya que les han fallado los mecanismos adaptativos sin encontrar otras alternativas posibles.
Si se hubiera querido matar lo hubiera hecho. Refleja el rechazo que generan estas personas en los otros.	Todo posible suicida pasa por momentos de ambivalencia (deseos de morir y vivir). El método no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza.
Quien se repone de una crisis suicida no corre peligro de recaer. Lleva a disminuir las medidas de observación estricta y la evolución sistematizada del riesgo.	Casi la mitad de los que pasaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo realizaron luego de los 3 primeros meses después de la crisis emocional.
Todo el que intenta suicidarse estará en peligro siempre. Forma de justificar, en algunos casos, sobreprotección y estigma o rechazo por temor a la repetición.	Entre el 1 y 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el 1er. año luego del último IAE. Entre el 10 y 20% lo consumarán a lo largo de su vida. La crisis suicida dura HORAS; DÍAS, raramente semanas.
Todo el que se suicida es un enfermo mental. El suicidio y la enfermedad mental NO son SINÓNIMOS.	Las personas con problemas psiquiátricos se suicidan con más frecuencia que la población general. No hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Todo suicida **SUFRE**.
El suicidio es hereditario. Lleva a pensar que lo que se hereda es imposible modificarlo.	No está demostrado que sea hereditario. Lo heredado es la predisposición a sufrir determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo: esquizofrenia.
El suicidio no puede prevenirse porque se hace por impulso. Limita las acciones preventivas e incentiva la inercia terapéutica.	Toda persona antes de intentar suicidarse evidencia síntomas que se definen como SÍNDROME PRE-SUICIDAL lo que hace que se puede detectar y evitar el acto.

Mito y significado	Criterio científico
Hablar de suicidio incita a que se cometa o imite. Infunde temor para abordar la temática en quienes están en riesgo de hacerlo.	Hablar sobre suicidio reduce el peligro de comenterlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca la persona para la evaluación de sus propósitos.
Acercarse a una persona en crisis suicida sin la preparación para ello es perjudicial. Limita la participación de voluntarios en la prevención.	El sentido común hace que otros puedan asumir una postura empática y escucha atenta, con reales deseos de ayudar a encontrar soluciones favoreciendo la prevención.
Solo los psiquiatras y psicólogos pueden prevenir el suicidio. Limita la participación de otros actores en la prevención.	Los psiquiatras y psicólogos son profesionales entrenados y experimentados en la detección del riesgo suicida y su manejo pero no son los únicos que pueden prevenirlo.
El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona. Limita las investigaciones y el abordaje preventivo.	El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otra causa de muerte, sin sensacionalismos y manejos que provoquen la imitación de la conducta.
El que intenta suicidarse es: **a. cobarde.** Forma de evitación del suicidio a través de equipararlo con una cualidad negativa de la personalidad. **b. valiente.** Forma de equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad. Ambas entorpecen la prevención.	La valentía o cobardía son atributos de la personalidad que no se miden por la cantidad de veces que una persona intenta quitarse la vida. Ëso no hace que la persona sea más o menos respetada.
Sólo son las personas de condición socioeconómica **más pobre** las que se suicidan o las de condiciones **más favorecidas**.	El suicidio es una causa de muerte que se observa en todas las clases sociales. Los más pobres son más vulnerables o se encuentran más expuestos a FR.
Sólo las **personas mayores** se suicidan. Evade al suicidio como causa de muerte en niños y adolescentes.	Los adolescentes y personas de tercera edad son las poblaciones de mayor riesgo.

Mito y significado	Criterio científico
Los niños no se suicidan. Negación de una realidad que cobra relevancia a nivel mundial.	Luego que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y algunos toman estas decisiones a edades cada vez más tempranas.
Cuando una depresión grave mejora no hay riesgo de suicidio. Forma de desconocer que el componente “motor” (conducta) mejora antes que el “ideático” (ideas).	Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida y consumaron el suicidio lo hicieron durante los 3 primeros meses luego de la crisis emocional cuando todos creían que había pasado el peligro.
Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. Tendencia a mantener la emisión de noticias sensacionalistas con el objetivo de vender, sin considerar las consecuencias del mensaje emitido.	Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si la noticia es correctamente enfocada y dada de forma responsable, cautelosa y con una base científica que la respalde. Cuando se aborda el tema: a. divulgar signos de alarma, b. grupos de riesgo, c. medidas sencillas de **QUÉ hacer** y qué **NO hacer** d. fuentes de salud mental a las que se puede acudir (instituciones, organizaciones y/o diferentes re cursos comunitarios existentes) para recibir ayuda.

Fuente: Adaptado de Barrero (2005)

Posibles explicaciones a la permanencia de los mitos y las dificultades en el manejo de la conducta suicida.

Las instituciones hospitalarias tienen una organización y cultura que las caracteriza; esto hace que configuren pautas propias, hábitos de comportamiento y rutinas diarias. Paralelamente, como toda institución, ejerce un control social que deriva en parte de su historia y evolución (Goffman, 2001; Foucault, 1975). Dicho orden social se basa en clasificaciones y tipificaciones realizadas por el personal sanitario.

En tanto ocurren situaciones que se alejan de las normas que se espera (salvar vidas, utilización de todos y cada uno de los avances técnicos y tecnológicos con los que se cuenta), se construyen significados sociales que le dan sentido a la acción social de "atención a los pacientes".

Este conjunto de valores, creencias, rutinas y tradiciones, configura un universo simbólico en el cual tienen lugar una serie de expectativas en cuanto al desempeño de los roles profesionales (Chocarro, 2010).

Así, los médicos en los hospitales tienden a concebir la muerte como un enemigo y fracaso profesional en tanto su práctica se sustenta en salvar vidas y curar, en vez de tomarla como un fenómeno natural que sucede a pesar de encontrarse formados desde la concepción de que es una realidad biológica innegable del ser humano. Esta vivencia contradictoria hace que, muchas veces, las conductas sean producto de ansiedades y mecanismos defensivos inadecuados (por ejemplo enojo y actitudes negativistas), poniéndose en juego también prejuicios, creencias y temores ante la muerte de acuerdo a la historia personal de cada uno.

Las instituciones educativas, al igual que las hospitalarias, se organizan de una forma determinada, la cual también se estructura con una cultura y rutinas diarias, sus objetivos están bien definidos al igual que el rol docente. Sin embargo los cambios socioeconómicos a nivel social han impactado de diferentes formas en los estudiantes como en el cuerpo docente y su funcionamiento, tanto entre colegas como con los adolescentes.

Es de conocimiento que la muerte en sus diferentes formas es un tema que moviliza a jóvenes, adultos y genera dificultades para encararlo en distintos órdenes. En los resultados de un estudio realizado en una institución de educación media (Larrobla, Canetti et al, 2013) se pudo observar que las mayores dificultades se presentaban en los niveles:

1) comunicacional - los adultos tienden a ocultar el tema;

2) compromiso - el personal docente y no docente toman actitudes de "protección", que no se identifican conscientemente como tales (darles para adelante, demostrarles cariño, estimularlos, apostar a ellos, etc.), manteniendo de esta forma cierta "distancia" para con el otro;

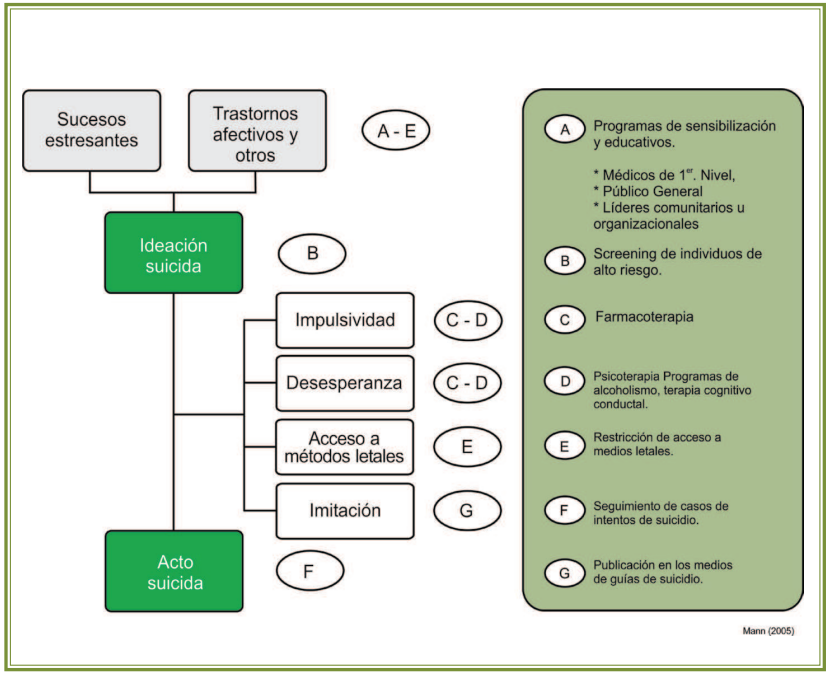
3) involucramiento - los adultos son capaces de identificar factores de riesgo pero no se sabe cómo manejarlos. Les resulta más difícil discriminar límites en las competencias en relación al tema y el cometido profesional/institucional de educar/formar.

Algunas de las causas de estos comportamientos se observaron a través de la presencia de uno de los mitos que existe en relación al tema del suicidio, el que hace referencia a que hablar sobre suicidios e IAE es algo "contagioso", es una "forma de darles ideas". Otro de los motivos se vinculó a los fuertes sentimientos que se movilizaban en relación al fenómeno, tales como "susto", "impotencia", "angustia", "miedo a involucrarse demasiado", "dificultades en la puesta de límites", "miedo a situaciones que los desborden". Al igual que los médicos, se ponen en juego determinados mecanismos de defensa muchas veces también inadecuados para un correcto abordaje. Primarían en este caso también prejuicios, creencias y temores según la historia personal de cada adulto de la institución.

2. Programas de Prevención de la Conducta Suicida

En una revisión sistemática, cuya finalidad es describir los principales objetivos de los programas preventivos, Mann (2005) resume aquellos factores con mayor evidencia empírica, señalando que cuando existen trastornos psiquiátricos, **especialmente depresión más factores estresantes**, aumentan las posibilidades de ideación suicida.
Si estos coexisten con ciertos factores precipitantes como la impulsividad, desesperanza, acceso a mecanismos letales, consumo de sustancias o procesos de imitación (por suicidio de conocidos o referentes) habrá mayores posibilidades de avanzar en el continuum IS-Suicidio. Para cada uno de estos factores se han identificado distintas modalidades de intervención preventiva (programas educativos para sectores en contacto con la problemática, screening de factores de riesgo, intervenciones terapéuticas, control de acceso a medios nocivos y guías de manejo de medios masivos de comunicación). Los mismos se presentan en el cuadro 6.

Cuadro 6. Focos de los Programas de Prevención del Suicidio.



A continuación se resumen los aspectos claves de algunas de estas alternativas de prevención de conducta suicida señaladas por Mann y cols. El cuadro 7 presenta lo referido a educación general, el cuadro 8 refiere acerca de las campañas dirigidas a los estudiantes en los centros educativos, el cuadro 9 presenta los objetivos dirigidos a los Equipos de Salud en el Primer Nivel de Atención, el cuadro 10 plantea aspectos centrales enfocados en actores sociales relevantes, el cuadro 11 destaca los beneficios de los estudios de screening, el cuadro 12 resalta la importancia de la farmacoterapia utilizada en casos detectados oportunamente, el cuadro 13 muestra la importancia del seguimiento de los IAE. En el cuadro 14 se puede observar los motivos por los cuales es imprescindible un control y disminución a los medios letales para el suicidio, por último el cuadro 15 presenta la forma en que los Medios de Comunicación pueden aportar y apoyar en relación a la temática.

Cuadro 7. Objetivos que deben contemplarse en las campañas educativas en población general.

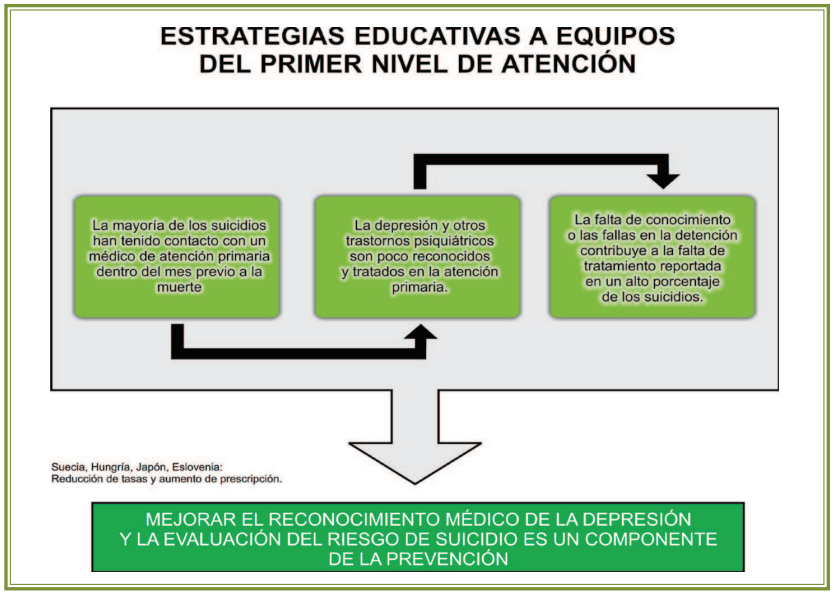
CAMPAÑA DE EDUCACIÓN PÚBLICA		
Mejorar reconocimiento del riesgo de suicidio y la búsqueda de ayuda mediante un mejor conocimiento de las causas y factores de riesgo de comportamiento suicida, sobre todo las enfermedades mentales.	Reducir el Estigma.	Desafiar la aceptación del suicidio como algo inevitable, como una característica o rasgo nacional, o como una solución apropiada a los problemas de la vida, incluyendo enfermedades médicas graves.

Cuadro 8. Objetivos de las campañas dirigidas a adolescentes y jóvenes en las instituciones educativas e instituciones sociales.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS A JÓVENES:
PROGRAMAS ESCOLARES Y COMUNITARIOS.

- Aumentan el conocimiento y mejoran las actitudes hacia la enfermedad mental y el suicidio (no hay pruebas para la prevención del comportamiento suicida).
- Baja las tasas de intento de suicidio.
- En adolescentes mejora la resolución de problemas, hacer frente al estres y aumentar la resistencia, mejora los Factores de Protección.

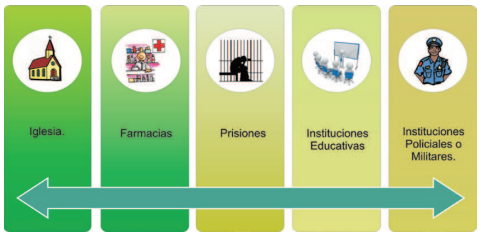
Cuadro 9. Objetivos de las campañas educativas para los Equipos de Salud del Primer Nivel.



Cuadro 10. Actores sociales que son claves en la prevención de las conductas suicidas.

INTERVENCIONES CENTRADAS EN LÍDERES, GUARDIANES COMUNITARIOS O INSTITUCIONALES.

- Son puntos críticos cuyos contactos con poblaciones potencialmente vulnerables ofrece una oportunidad para identificar personas en riesgo y orientarlos a una adecuada evaluación y tratamiento.



- Sensibilización sobre factores de riesgo, política para alentar la búsqueda de ayuda, la disponibilidad de recursos y esfuerzos para reducir el estigma asociado con la búsqueda de ayuda.
- Organización de la toma de conciencia amplia sobre la salud mental, el suicidio y la facilitación del acceso a los servicios de la salud mental.

Cuadro 11. Importancia de los estudios de Screening.

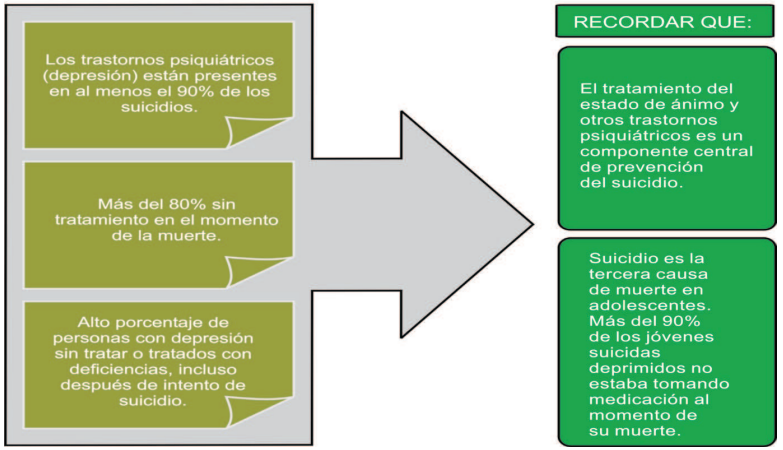
SCREENING O CRIBADO

- Su finalidad es identificar individuos en riesgo y dirigirlos a un tratamiento, a través de cuestionarios sencillos.
  Indagan:
  - comportamiento suicida en forma directa, o
  - factores de riesgo como la depresión o abusos de sustancias.
- Son instrumentos de detección para la depresión, ideación suicida o actos suicidas en población general o específica.
- Tienen adecuada confiabilidad y validez (pueden llegar a duplicar el número de personas con riesgo conocido).
- No hay evidencia que induzca pensamiento o conducta suicida.

LAS BARRERAS PUEDEN SER LA ACEPTACIÓN DE LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL MISMO.

Cuadro 12. Relevancia del abordaje farmacológico.

FARMACOTERAPIA



Cuadro 13. Importancia del seguimiento de los IAE.

Cuadro 14. Razones para disminuir y regular los medios letales que favorecen los suicidios

RESTRICCIÓN ACCESO A MEDIOS LETALES.

Los intentos de suicidio que emplean medios altamente letales (armas de fuego, pesticidas) producen mayores tasas de muerte.

La restricción en el acceso puede reducir el suicidio.

- Legislación armas de fuego.
- Detoxificación gas doméstico.
- Restricciones, prescripción y venta de barbitúricos.
- Cambios en el empaquetado de analgésicos.
- Uso de catalíticos para vehículos.
- Construcción de barreras.
- Antidepresivos menos tóxicos.

En Uruguay el 81% de ahorcamientos se da en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años.
(Graña, S. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. Uruguay 2012).

Cuadro 15. El suicidio y los medios de comunicación.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

PUEDEN AYUDAR O DIFICULTAR LOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO.

Apoyo a la Educación Pública

EXACERBAR RIESGOS AL EXALTAR O PROMOVER EL SUICIDIO COMO UNA SOLUCIÓN PARA LOS PROBLEMAS DE LA VIDA.

Los "apagones mediáticos" de informes de suicidio han coincidido con una disminución de tasas de suicidio.

Internet preocupa cada vez más: efectos sala de chat de suicidio, prestación de instrucciones sobre métodos de suicidio y solicitud activa de pactos de suicidio.

Educar a los periodistas y el establecimiento de directrices para notificar el suicidio en medios de comunicación. (EE.UU y Europa)

(Pirkis 2001, Goul 2001)

Prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio

- Evitar emplear lenguajes que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

(OMS, 2011)

CAPÍTULO 3

Abordaje de la conducta suicida

1. Recomendaciones para el abordaje de la conducta suicida

Abordar la conducta suicida desde un enfoque preventivo implica la distinción de etapas en las que las distintas instituciones involucradas deben asumir diferentes responsabilidades y funciones que se complementan. En cada una de ellas es indispensable respetar el derecho a la privacidad, confidencialidad e interés superior de niñas, niños y adolescentes.

Pasos en el abordaje de la conducta suicida.

Primer paso: Detección y valoración inicial del problema.
Segundo paso: Contacto/encuentro con el adolescente con posible riesgo suicida.
Tercer paso: Diagnóstico de situación y valoración del riesgo.
Cuarto paso: Primera intervención - Identificación del adulto referente protector, coordinación y trabajo en red.
Quinto paso: Seguimiento de la situación.
Sexto paso: Abordaje/trabajo/Posvención con adolescentes, familiares y allegados.

Primer paso: Detección y valoración inicial del problema

La primera responsabilidad corresponde a la identificación de **síntomas** (manifestaciones percibidas por las personas) y **signos** que los adolescentes presentan tanto en el ámbito de la salud como de la educación.

i. Algunos signos y síntomas de alerta de riesgo suicida

Los siguientes síntomas y signos nos deben alertar en caso de estar presentes pero su ausencia no significa ausencia de riesgo.

Cuadro 16. Síntomas y signos de alerta

1. Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
2. Retraimiento de sus amigos, familia y actividades habituales.
3. Actuaciones violentas, comportamiento rebelde, fugas.
4. Abandono importante de su apariencia habitual.
5. Cambios de carácter pronunciados.
6. Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad del trabajo escolar.
7. Abandono del sistema educativo.
8. Quejas frecuentes de dolores físicos: cefaleas, dolor abdominal, fatiga.
9. Pérdida de interés en actividades que antes le daban placer o satisfacciones.
10. Baja tolerancia a los elogios y premios.
11. Baja tolerancia a las frustraciones.
12. Aislamiento intradomiciliario y extradomiciliario.
13. Incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía.

Cuadro 17. Factores de Riesgo y Señales

Factores	Señales	
Condiciones que favorecerán la precipitación de un acto suicida en personas vulnerables.	Manifestaciones verbales y/o no verbales que nos alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación.	
	Verbales	No Verbales
	"Estarían mejor sin mí" "Estoy de más" "La vida no vale la pena" "Si esto… sigue así me mato" "Quisiera terminar con todo" "Quisiera dormirme y no despertar" "Voy a matarme" "Cuando yo no esté se van a arrepentir" "Fulano hizo bien en matarse… la tenía clara"	Automutilaciones (cortes) Bajar rendimiento escolar Regalar cosas significativas sin motivo aparente. Abandono de actividades que producían placer. Aislamiento/abandono personal.

Fuente: Adaptado de Guía de prevención de conducta suicida (MSP, 2006:18).

Segundo paso: Contacto/encuentro con el adolescente con posible riesgo suicida.

i Encuentro con el adolescente

La mejor forma de detectar si los adolescentes tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. HABLAR DEL SUICIDIO les permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando y en muchos casos aliviar al menos momentáneamente la tensión psíquica que constituye la ideación de muerte, de esta manera el adolescente percibe que puede ser ayudado.
El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.

ii. Consideraciones importantes en el contacto con personas con riesgo suicida

1. **Buscar un lugar adecuado,** donde se pueda mantener una conversación tranquila con razonable privacidad.
2. **Dedicar el tiempo necesario,** las personas con riesgo suicida generalmente necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo.
3. **Escucharlos con atención**, esto junto con los puntos anteriores es de por sí un paso importante en la reducción del nivel de desesperación que un suicida siente.

4. **Meta:** Cerrar la brecha creada por la falta de confianza, la desesperación y la pérdida de una perspectiva, brindando una perspectiva de que las cosas cambiaran para mejorar. (OMS, 2000 a y b)

Cuadro 18. Características de la comunicación con adolescentes con Factores de Riesgo.

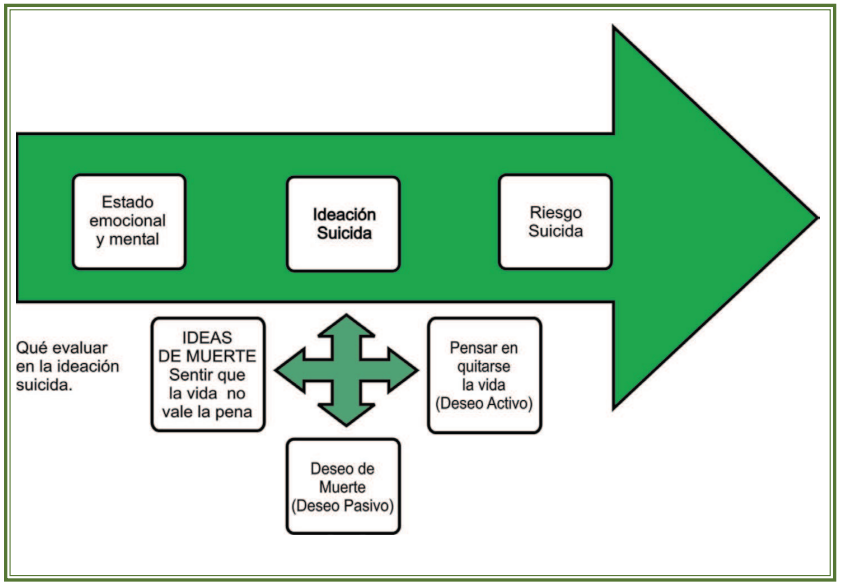
Características de la comunicación	
Qué hacer	Qué no hacer
• Escuchar atentamente, permaneciendo calmado; • Entender los sentimientos de la persona (empatía con el otro); • Transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto; • Expresar respeto por las opiniones y valores de la persona; • Hablar honesta y genuinamente; • Demostrar interés, preocupación y calidez; • Centrarsee en los sentimientos de la persona.	• Interrumpir con demasiada frecuencia; • Escandalizarse o emocionarse; • Manifestar que está ocupado; • Ser condescendiente; • Hacer comentarios indiscretos o poco claros; • Hacer preguntas tendenciosas. Pregunta tendenciosa es aquella que conduce o dirige a una determinada respuesta. Influencian a la gente a responder de una manera que no sólo refleja su postura. Ej: ¿No te gusta este par de pantalones vaqueros? Ej: ¿No pensaste en quitarte la vida?, induce a que la respuesta sea NO.
Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.	

Tercer paso: Diagnóstico de situación y valoración del riesgo.

Requiere la cooperación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial, lo que trae implícito un trabajo coordinado entre salud y educación.

i Cómo evaluar el riesgo de suicidio.

Existen tres elementos fundamentales para evaluar frente a la sospecha de riesgo suicida, los mismos son:



OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Evaluar:
Las ideas suicidas y la conducta (en caso de IAE)

- **Ideación.**
- **Intención suicida.**
- **Planes suicidas.**
- **Disponibilidad del método, acceso al método.**
- **Gravedad del método, es potencialmente letal.**
- **Precauciones.**
- **Autocrítica.**
- **Planes de futuro.**
- **Impulsivo o planeado.**

Por ser un tema delicado y difícil de interrogar, es útil adentrarse en el tema gradualmente una vez que se haya establecido un grado de empatía adecuada. Se debe procurar que la persona se sienta cómoda expresando sus sentimientos, especialmente aquellos negativos con sus propias palabras.

El **grado adecuado de empatía** implica el mantenimiento de la distancia emocional suficiente para que el profesional o técnico no sienta que los sentimientos le desbordan, pero con la comprensión y acercamiento suficiente para generar confianza.
Una secuencia de preguntas útiles podría ser las que se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 19. Qué preguntar ante un adolescente con Ideación Suicida

Estado emocional actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio. **Ideación Suicida.**	¿Te sientes infeliz o desvalido/a? ¿Te sientes desesperado/a? ¿Sientes que nadie se preocupa por ti o que no le interesas a nadie? ¿Te sientes incapaz de enfrentar cada día? ¿Sientes la vida como una carga?	¿Te parece o tienes la sensación que la vida no tiene sentido? ¿Sientes que no mereces la pena vivir la vida? ¿Sientes o has sentido deseos de matarte? ¿Alguna vez pensaste en quitarte la vida? ¿Alguna vez intentaste quitarte la vida?
Plan suicida actual. Qué tan preparada está la persona, qué tan pronto lo realizará y si ha pensado la forma (método).	¿Has hecho planes para terminar con tu vida? ¿Tienes idea de cómo vas a hacerlo? o ¿Pensaste una forma para hacerlo? ¿Has pensado o decidido cuándo hacerlo? ¿Has decidido cómo hacerlo?	
Acceso a medios letales. **El método seleccionado indica el nivel de gravedad y letalidad del mismo.**	¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, sogas u otros medios? ¿Están a tu entera disposición?	
El sistema de apoyo de la persona.	Familia, amigos, sistema educativo, sanitario, redes sociales, etc.	

El diálogo debe ser creado para, y adaptado a, cada situación.
El diálogo implica, primero y ante todo, el reconocimiento de la identidad de los adolescentes y también su necesidad de ayuda.

Cuadro 20. Qué aspectos evaluar de la Ideación Suicida.

Valoración de la ideación suicida		
Características de los pensamientos/deseos de suicidio	Duración: Breve, prolongada, **continua**.	
	Frecuencia: Rara, ocasional, intermitente, **continua.**	
	Actitud hacia los pensamientos/deseos: rechazo, ambivalente, **aceptación.**	
	Control: sobre la acción/**deseo de suicidio.**	
	Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar): **ninguna**.	
	Razones para pensar/desear el intento suicida: llamada atención, venganza, escapar, acabar, **salir de problemas.**	
Características del intento.	Método	
	Especificidad/oportunidad de pensar el intento: sin considerar a **considerado con detalles.**	Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento: no disponible a **disponibilidad y oportunidad.**
	Sensación de "capacidad": falta de valor a **seguro.** Expectativa/anticipación de un intento real.	
Actualización del intento.	Preparación real: ninguna a **completa .**	
	Nota Suicida: ninguna a **realizada**.	
	Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).Ninguno a **realizado.**	
	Intento de suicidio anteriores: No/ **SI** .	
	Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. No/**Si**	

(Beck, 2000)

ii Clasificación del riesgo en caso de ideación (IS) y de intento (IAE)

Cuadro 21. Niveles de riesgo suicida en caso de Ideación suicida y recomendaciones de actuación.

Riesgo	Acciones
Bajo Presencia de ideación suicida, sin planificación. Rectifica conducta, hay autocrítica.	- Ofrecer apoyo emocional. - trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida. - Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado. - Derivación a profesionales de la salud mental. - Seguimiento regular.
Medio Ideación y existencia de planificación suicida, no inmediata o clara, factores de riesgo adicionales, posibles IAE previos.	- Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona. - Explorar alternativas al suicidio con el objetivo de que la persona considere al menos una de ellas. - Pactar un contrato "no suicidio" (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio): • sin contactar previamente con personal sanitario, • por un periodo específico de tiempo. - Llamar a una emergencia médica móvil o llevarlo a policlínica. Derivación a Equipo de Salud Mental . - Contactar con la familia y o ARP y realizar Carta/ resumen de la situación y solicitud de derivación a psiquiatra.
Alto Plan definido e inmediato, medios para llevarlo a cabo, IAE previos, existencia de factores de riesgo.	- Acompañamiento - Hable calmadamente con la persona y haga un contrato de "no suicidio". - Acuerde la necesidad de ayuda de terceros preparados para ello. - Derivación inmediata del paciente a un centro sanitario.
Extremo varios IAE, varios factores de riesgo, puede estar presente como agravante la autoagresión.	- Acompañamiento permanente. - Hable calmadamente con la persona y haga un contrato de "no suicidio". - Acuerde la necesidad de ayuda de terceros preparados para ello. - Llamar a una emergencia médica móvil, realizar carta/resumen de la situación y derivación inmediata al centro sanitario al cual esté afiliado la persona.

Fuente: Modificado de OMS (2000 a) y Guía de prevención de Suicidio (MSP, 2006).

Cuadro 22. Cómo valorar el Intento de Suicidio.

Peligrosidad del método.
¿Creía el paciente que iba a funcionar?
¿Se sintió aliviado al ser salvado o fallar?
¿Intentaba transmitir un mensaje o quería morir?
¿Fue impulsivo o planeado?
¿Han cambiado las circunstancias?
Evaluar factores sociodemográficos que implican riesgo:edad avanzada, no casado, varón, viviendo solo.
Comprobar sindromes clínicos y síntomas específicos (alucinaciones,desesperanza).
Antecedentes familiares
Antecedentes de intentos previos
Respuestas a tratamientos y cómo se han resuelto intentos previo.

(Vazquez Barquero, 2000)

Recordar que:

- **En la adolescencia, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida. Asimismo, la IS es un tipo de respuesta o reacción habitual en esta franja etaria; su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal.**
- **Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen al adolescente a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece.**
- **La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.**
- **La detección de lesiones autoinfringidas o su planeación en un adolescente es siempre una urgencia dada las características de impulsividad y omnipotencia que son inherentes a esta franja etaria.**

Cuarto Paso: Primera intervención - Identificación del adulto referente protector (ARP), coordinación y trabajo en red.

Cuadro 23. Posibles soportes de ayuda frente a situaciones de Riesgo Suicida.

RECURSOS	
Las fuentes de ayuda pueden ser:	**¿Cómo aproximarse a los recursos?**
• **Familia;** • **Amigos;** • **Colegas;** • **Referentes religiosos;** • **Organizaciones que brindan servicios de apoyo especializado;** • **Profesionales en atención médica (Referentes de IAE, ESM-ASSE).**	• **Tratar de obtener permiso de la persona para conseguir el apoyo de los recursos y contactarlos.** • **Logrado el permiso, tratar de localizar a alguien que sea especialmente comprensivo con él/ella.** • **Hablar de antemano y explicarle que algunas veces es más fácil hablar con un extraño que con un ser querido, para que no se sienta rechazado o lastimado.** • **Hablar los recursos sin acusarlos o hacerlos sentir culpables.** • **Conseguir su apoyo en las acciones a realizar.** • **Ser consciente también de sus necesidades.**

Cuadro 24. La Familia del adolescente con Riesgo Suicida

EL LUGAR DE LA FAMILIA

- **Actor fundamental.**
- **Participa desde el inicio.**
- **Se considera la unidad: paciente/familia/ARP.**
- **Puede ser necesario una separación inicial.**
- **Requiere apoyo e información siempre.**
- **Considerar el riesgo en que se encuentra.**
- **Considerar la culpa.**

Recomendaciones a dar en la intervención inicial con la familia.

En los primeros momentos el profesional o técnico explica a los familiares cuál debe ser su papel. Esta explicación se puede resumir en los siguientes puntos:

No juzgar al adolescente. No reprocharle su manera de pensar o actuar.

Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos.

Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.

No entrar en pánico.

Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.

Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, el familiar está atravesando por un momento muy difícil en su vida.

Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto (por ej. "Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte").

Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartar el mito de que nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).

Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.

Estar atento a las señales de alarma.

Fuente: Adaptado de Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida (De la Torre Mart, 2013).

IMPORTANTE

- **El lugar en dónde se detecta la ideación, planificación o consumación del IAE es variado. Puede ser un servicio de urgencia, una emergencia móvil, un consultorio de especialista, una policlínica, el hogar, lugar de estudio o trabajo de ese adolescente.**
- **Independientemente de dónde ocurra y por quién sea manifestado (adolescente, adulto referente, amigo, profesor) o si es inferido por el profesional actuante en una consulta, el adolescente deberá ser enviado al servicio de urgencia, para comenzar su tratamiento siendo siempre necesario que sea valorado por psiquiatra.**

Cuadro 25. Pasos a seguir en caso de No presentar y Si presentar Riesgo Suicida.

Si NO presenta Riesgo Elevado	Si presenta ANTECEDENTES de IAE o riesgo ELEVADO.
Pase Urgente a Policlínica de Psiquiatría y contrarreferencia para asegurar la consulta.	**Todos los niños y adolescentes que realicen un IAE deberán ser trasladados para su hospitalización.**
La nota de derivación debe aclarar **presencia de riesgo por Ideación Suicida.**	La nota de derivación debe aclarar que es un pase **urgente** con solicitud de internación **por realizar IAE.**
Asegurarse acompañamiento permanente por el ARP hasta las indicaciones del psiquiatra.	

Quinto Paso: Seguimiento de la situación.

i Intervención en el IAE en adolescente

Cuadro 26. Indicaciones a seguir en caso de Intentos de Autoeliminación en adolescentes.

¡Nunca minimizar el acto!

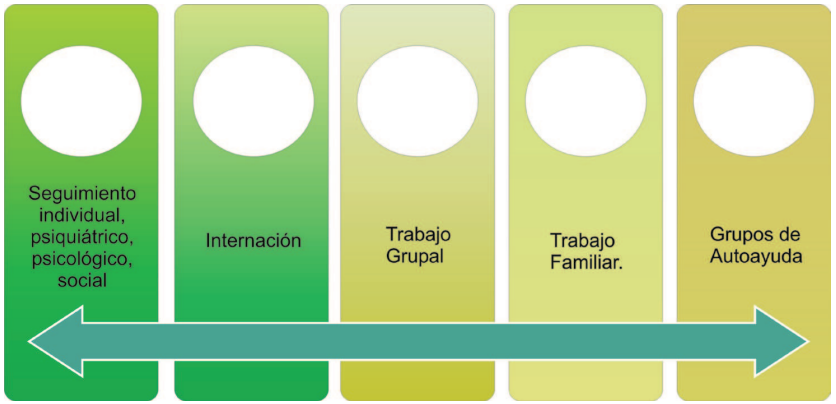
Indicaciones de hospitalización breve:

- tratamiento médico de las lesiones,
- tratamiento psiquiátrico,
- tratamiento psicosocial,
- alejar al adolescente del contexto critico,
- realizar buena evaluación exhaustiva,
- comenzar alianza terapéutica.

El tratamiento debe contemplar estrategias que garanticen su continuidad de acuerdo a los protocolos de intervención y Mapas de ruta sugeridos por el Programa Nacional de Salud Mental del MSP y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

Es recomendado por el Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud que se establezca coordinación con el Espacio Adolescente para su evaluación integral.

INTERVENCIÓN



ii Abordaje del adolescente con conducta suicida.

Los recursos terapéuticos que generalmente se utilizan para el abordaje de esta problemática son variados, y de acuerdo a las características de la valoración pueden utilizarse de forma aislada o combinada.
Es importante, por parte del profesional tratante, tener en cuenta ciertos aspectos que se presentan en el cuadro 27. En el cuadro 28 se observa la medicación utilizada y la eficacia que ha mostrado la misma y el cuadro 29 describe los hallazgos en relación a la eficacia de diferentes abordajes psicoterapéuticos.

Cuadro 27. Recomendaciones para profesionales tratantes.

Para el tratamiento es necesario:

- **Compromiso, tiempo y esfuerzo.**
- **Decidir si se puede asumir la Situación:**
  - *** Puede alterar emocionalmente al técnico.**
  - *** Puede constituir una amenaza desde el punto de vista profesional.**
  - *** Reacciones contratranferenciales: ira, frustración, temor.**
  - *** Desesperación, amenaza a la competencia profesional.**

Cuadro 28. Psicofarmacología utilizada y resultados obtenidos

Psicofarmacología.	
Litio:	Disminuye 8 veces el riesgo en los pacientes con trastorno que los no tratados. Sin embargo, sigue siendo la tasa 10 veces superior.
Antidepresivos (AD)	Avisar la latencia. La desesperanza es un importante factor de riesgo. Siguen siendo los fármacos de primera elección para la depresión asociada a conducta suicida, a pesar que algunos estudios demostraron aumento de riesgo en la fase inicial de tratamiento por síndrome de activación (ansiedad, agitación, crisis de pánico, insomnio, irritabilidad, hostilidad, impulsividad, acatisia, hipomanía)
Clozapina	Resultó muy eficaz para la Esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos.
Electro Convulso Terapia (ECT)	Indicación cuando fracasan los fármacos con la ideación, intentos y los planes suicidas en los pacientes psicóticos, y del estado de ánimo, se debe actuar rápido.
AD, Estabilizadores, Neurolépticos y ECT.	El tratamiento disminuye el riego y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Cuadro 29. Eficacia de la psicoterapia para estas situaciones o para estos pacientes

PSICOTERAPIA.

- **Es esencial en el tratamiento y el control del riesgo suicida.**
- **Evidencia científica: Reducen el riesgo en personas con trastornos psiquiátricos.**
- **Estudio controlado aleatorio mostró eficaz la terapia cognitiva.**
- **Eficacia de la terapia psicodinámica en personas con personalidad "borderline".**
- **Existen pocos estudios basados en evidencia para tratamientos que prevengan las tentativas de suicidio recurrentes.**

Recordar que:

En el MODO 2 [8] del Plan de prestaciones en Salud Mental del Sistema Nacional Integrado de Salud, se asegurarán la atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario (en caso de niños y adolescentes hasta 24 sesiones anuales) y con un copago preestablecido, para usuarios con IAE y usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive, así como personal docente y trabajadores de la salud.
En caso de IAE, deberá ser recibido por el Comité de Recepción antes de las 48 horas. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la prestación, si correspondiera, sin previo tiempo de espera. Esta modalidad también está prevista para niños y adolescentes con factores de riesgo: problemas situacionales y/o adaptativos.

iii Algunas recomendaciones especiales para el abordaje de adolescentes con conducta suicida en el ámbito educativo (OMS, 2000)

En el caso de ser identificados por cualquier técnico de la institución (según los criterios de Signos y síntomas presentados en el "Primer paso"), debería alertarse a la dirección de la institución y en el caso de contar, al equipo multidisciplinario o referente que trabajen voluntariamente las situaciones de Violencia Doméstica del Centro.

Este deberá recomendar las acciones a emprender y llevar a cabo una evaluación concienzuda del estudiante, ya que a menudo los síntomas son indicación de una aflicción severa que puede conducir, en algunos casos, al comportamiento suicida.
Los antecedentes de **intentos de suicidio (IAE) previos** son factores de riesgo más significativos. Los jóvenes afligidos tienden a repetir sus actos.

8 Por mayor información acerca de los Modos, Ficha de Registro Obligatoria con el instructivo de llenado y su Reglamentación ver Anexos 4 y 5 respectivamente,

Depresión

La dificultad de constatar la depresión[9] está relacionada con el hecho de que durante el desarrollo adolescente es frecuente que aparezcan algunos rasgos comunes con la depresión. El cuadro 30 presenta dicha información.

Cuadro 30. Características de la depresión normal y patológica en adolescentes.

Depresión en adolescentes.	
Normalidad	**Patología.**
Durante la adolescencia son comunes algunos rasgos tales como: **baja autoestima, pesimismo, problemas de concentración, fatiga y problemas con el sueño**.	Son causa de alarma cuando aparecen y se tornan **persistentes y progresivos**. La intensidad de los pensamientos suicidas, profundidad y duración, contexto en el cual surgen, imposibilidad de distraer al joven de estos pensamientos son los rasgos que distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra al margen de una crisis suicida.
El joven tiende a **actuar más**, (en el sentido de expresar conductas), comer (en lugar de pedir ayuda) y **dormir más** (como forma de eludir o evadir).	
Los pensamientos depresivos pueden presentarse en la adolescencia y reflejar el proceso normal de desarrollo, siendo el momento en el que los jóvenes se preocupan por cuestiones existenciales.	

Situaciones de riesgo

Otra tarea de suma importancia es **identificar situaciones ambientales y acontecimientos negativos**, de acuerdo a la tabla anterior, que activen los pensamientos suicidas y así aumenten el riesgo de suicidio. El cuadro 31 presenta algunas recomendaciones a nivel interinstitucional que son importantes considerar.

9 Por mayor información de los principales aspectos de sintomatología depresiva en función de los niveles de gravedad y formas de evaluar la depresión moderada-severa ver Anexo 6.

Cuadro 31. Recomendaciones intra e interinstitucionales en caso de riesgo suicida o suicidio consumado.

<table>
<tr><th>A nivel institucional</th><th>A nivel de los adolescentes/estudiantes</th></tr>
<tr><td>• Trabajar siempre en equipo y no solo, recurrir a equipos técnicos del centro o de los recursos locales.</td><td rowspan="3"><u>Fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes.</u>

Para desarrollar la autoestima positiva en los jóvenes pueden usarse varias técnicas, como ser:
• Acentuar las experiencias positivas. Estas aumentan las posibilidades de que los jóvenes tengan en el futuro mayor confianza en sí mismos.
• No presionar para que hagan más y mejor. No es suficiente que los adultos manifiesten que los quieren, ellos tienen que sentirse queridos. Existe una gran diferencia entre ser querido y sentirse querido.
• Tienen que ser aceptados y apreciados tal como son. Tienen que sentirse especiales sólo por el hecho de existir.</td></tr>
<tr><td>• Hacer énfasis en la situación del equipo escolar y los estudiantes afectados. Muchos expertos recomiendan que las cuestiones relativas al suicidio se aborden desde los aspectos positivos de la Salud Mental.</td></tr>
<tr><td>• <u>Fortalecimiento de la salud mental de los docentes y los otros miembros del equipo institucional</u>
Es esencial asegurar el equilibrio y bienestar de los docentes y el resto del personal institucional. El lugar de trabajo puede ser de rechazo, agresivo y algunas veces aún violento. Por lo tanto, se necesitan materiales de información explicativa y que proponga acciones adecuadas para él afrontar su propia tensión, la de los estudiantes y colegas. Deberían tener acceso a apoyo si fuera necesario.</td></tr>
<tr><td></td><td><u>Promoción de la expresión de emociones</u>
Se les debe enseñar a tomar sus sentimientos con seriedad y alentarlos a confiar en sus padres y/u otros adultos tales como maestros, médicos, o enfermeras que atiendan la institución, amigos, entrenadores deportivos y consejeros religiosos.</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Provisión de información sobre los servicios de atención</u>
La disponibilidad de servicios específicos debe ser asegurada publicando en lugares visibles los números de teléfono, líneas de ayuda para crisis y emergencias, emergencias psiquiátricas, etc.</td></tr>
<tr><td colspan="2">La autonomía y el dominio son las bases sobre las cuales se puede desarrollar una autoestima positiva.</td></tr>
</table>

Situaciones en las cuales se han dado Intentos de suicidio, o se ha consumado un suicidio.

- <u>Informar al equipo institucional y a los compañeros</u>

Es importante romper con el secreto del acto suicida, hablar no favorece la aparición de situaciones. Sin embargo, mantener un grado de confidencialidad en relación a no generar mayor sufrimiento a quien transita la situación de duelo (estudiantes, equipo educativo y padres). En muchos casos los hermanos de los adolescentes fallecidos siguen concurriendo a la institución y deben ser respetados los tiempos internos de cada uno de los afectados para sobrellevar el hecho. Para esta situación se debe considerar el cuadro 21 planteado en el punto anterior.

Sexto Paso: Abordaje/trabajo/Posvención con familiares y allegados.

i. Trabajo con la familia en el caso de muerte por suicidio

Se sabe que por cada suicidio realizado quedan afectadas 6 personas vinculadas afectivamente directa o indirectamente.
El término «supervivientes» se refiere a las personas del entorno cercano (familiares directos, indirectos, grupo de amigos, compañeros de estudio, profesores, etc.) de quien se ha suicidado, a los cuales es indispensable brindarles apoyo y tratamiento.
La bibliografía enfatiza que para este grupo de personas el trabajo debe estar dirigido al tratamiento del duelo por la pérdida. Este duelo es especial, ya que la muerte de un ser querido se puede pensar o sentir como algo “normal”, que forma parte de un ciclo, pero la muerte tras un suicidio o un acontecimiento violento no se vive de igual forma.

La causa de muerte que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización es el suicidio. Por tanto, al abordar a la familia de quien se suicidó, lo primero es:

- **Tener en cuenta el grado de shock y qué recursos inmediatos están a disposición de la familia para su apoyo emocional.**
- **Detectar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo ocurrido.**
- **Detectar posibles pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares del occiso**.

La situación en que quedan los allegados es muy dolorosa y traumática, a lo que se suma el tabú social y, en algunos casos según las creencias religiosas, el desprestigio cultural del acto de suicidio; estos factores pueden aumentar el dolor por la pérdida.

En el cuadro 32 se describen los aspectos más importantes a tener en cuenta en un primer momento con la familia de quien se ha suicidado.

Cuadro 32. Aspectos a tener presentes con familiares sobrevivientes.

LA FAMILIA DE LA PERSONA CON CONDUCTA SUICIDA.

- **Queda en extrema vulnerabilidad.**
- **Seguimiento de las familias con criterios de referencia y contrareferencia en el sistema sanitario.**
- **Plazo mínimo de dos años.**
- **Tener acceso a programas de intervención en crisis.**

Las **reacciones y sentimientos** que se observan **hacen referencia no sólo al dolor** por la pérdida, **sino también al enfado, culpa, negación y confusión**. Es frecuente presentar problemas para hablar del tema y para admitir que ésa fue la causa de la muerte de su ser querido; esta actitud disminuye la posibilidad de hablar sobre su dolor con otros. Para poder facilitar dicha tarea, organismos internacionales como la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP, 2008) y la Organización Mundial de Salud (2000 a) aconsejan el **trabajo con grupos de apoyo** entre personas en igual situación.
Por tales motivos las recomendaciones sobre el trabajo y abordaje con este grupo de personas está dirigido a:

- La contención emocional.
- La búsqueda de sistemas de apoyo.
- La elaboración de la pérdida.

(Servicio Andaluz de Salud, Conserjería de Salud)

Hacer énfasis en:

Ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo y no con una falla de ellos. Está comprobado que los familiares están en riesgo de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los que la imitación desempeña su papel.

En cuanto a la culpabilidad que con frecuencia sienten los sobrevivientes, les hacemos entender a los familiares que:

- La culpa es una fase habitual por la que todos pasamos cuando muere un ser querido, con independencia de la causa que la origine; ésta dura cierto tiempo en el cual el individuo se cuestiona constantemente qué hizo o qué dejó de hacer para que los hechos ocurrieran. **Eso es muy normal.**
- Hay enfermedades en las que el suicidio, aunque ocurrió en ese determinado momento, pudo haber ocurrido mucho antes y si no sucedió así, en eso mucho tuvo que ver los cuidados y las atenciones brindadas por la familia. El suicidio en esas enfermedades es como la fiebre en la amigdalitis, siempre está presente y no es fácil de evitar cuando la persona tiene poca o ninguna responsabilidad sobre su vida.
- El propio suicida tal vez no hubiera deseado padecer lo que lo afligió y lo llevó al suicidio, ni la familia, ni el médico, ni el psicólogo, ni el psiquiatra, en caso de haber estado en tratamiento.

Más difícil se hace el manejo cuando la culpa se basa en hechos reales, como por ejemplo, que haya familiares con intento suicida previo al del ser querido. En casos como esos no es prudente intentar eliminar toda la culpabilidad, pues eso puede ser percibido como un engaño o que se le trata de consolar sin las razones suficientes para ello (Barrero, 2011).

Recordar que:

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, instalado a partir de setiembre de 2011, con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, prevé en el modo 1 [10] (hasta 16 sesiones gratuitas) la atención a usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana) y usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.

10 Por mayor información sobre Modo 1 consultar Anexo 4.

CAPÍTULO 4

Estrategias de abordaje de la conducta suicida para usuarios de la Adimistración de los Servicios de Salud del Estado - ASSE

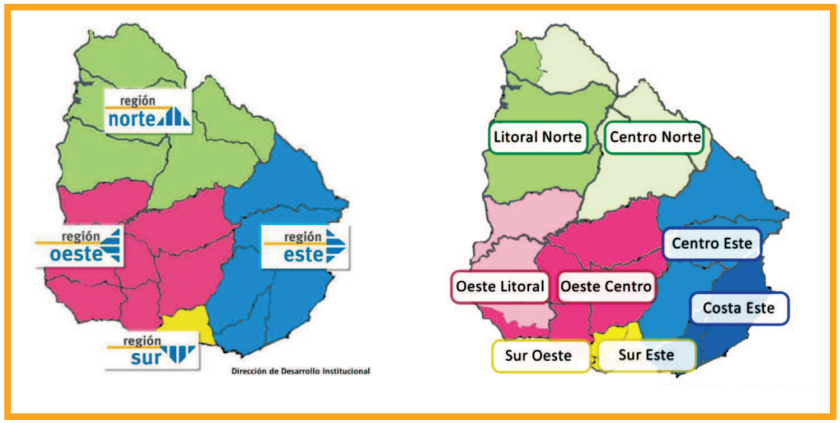
Estrategias desarrolladas para el abordaje de la conducta suicida en los usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)[11].

Contexto General

En el marco del Plan Estratégico desarrollado por las autoridades de ASSE, uno de sus objetivos es planificar la Red Integrada de Servicios de Salud con base Regional (RISS-R) que favorezca la accesibilidad y continuidad asistencial, alineada al cambio del modelo de atención y a la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Resolución Directorio de ASSE No. 771/2013).

El cuadro 33 presenta la regionalización mencionada.

Cuadro 33. Red Integrada de Servicios de Salud con base Regional (RISS-R)

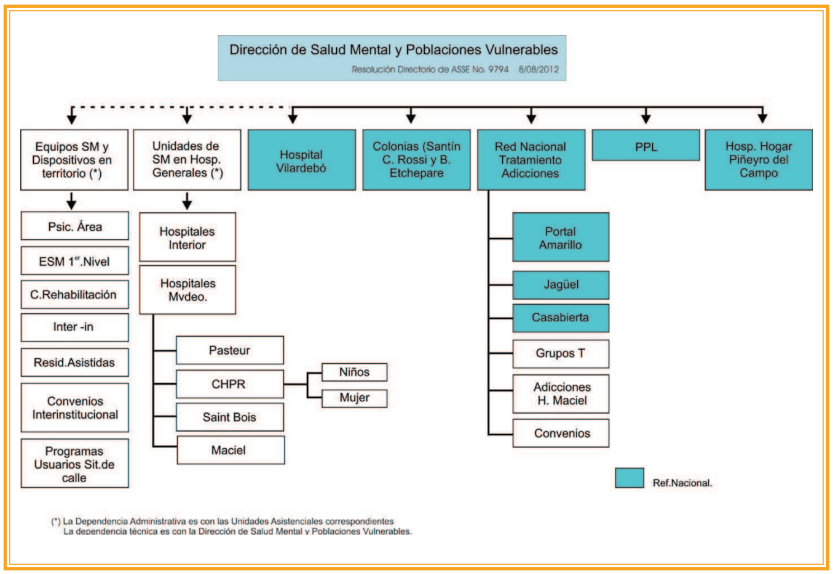


1 Red de Salud Mental de ASSE

La Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (DSM y PV) de ASSE gestiona una vasta Red de Salud Mental y dispositivos específicos para el abordaje de poblaciones vulnerables como la población infantil, adolescente, adulta, las personas con uso problemático de sustancias, en situación de calle y las personas privadas de libertad. Participa en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención con un modelo de trabajo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), de forma interdisciplinaria con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema. En el cuadro 34 se presenta el organigrama de dicha gestión.

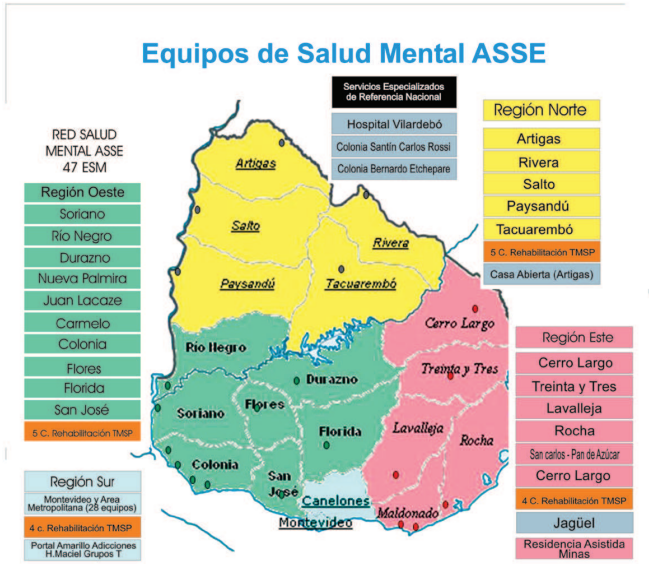
11 Definidas por la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, período 2011 - 2013.

Cuadro 34. Organigrama de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.



La Red está conformada por 47 Equipos Comunitarios de Salud Mental (ESM) distribuidos a nivel país coordinados con los Centros de Rehabilitación y Salas de Internación Psiquiátricas en Hospitales Generales, el Hospital Vilardebó de referencia nacional y las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi. A su vez cuenta con11 Psicólogos de Área integrados a los Equipos de Área de las zonas de Salud del 1er nivel de atención, 36 Practicantes de Psicología y 18 Residentes de Psicología (Convenio ASSE-Facultad de Psicología). Dispositivos para el abordaje a los usuarios con uso problemático de sustancias (UPS), Ciudadela, Grupos T, Portal Amarillo, Jagüel, CasAbierta, y Equipos Multidisciplinarios Intersectoriales para el desarrollo, el aprendizaje, la promoción de derechos y el fortalecimientos de las Instituciones Educativas (InterIn). La distribución a nivel país de los ESM se observa en el cuadro 35.

Cuadro 35. Distribución de los Equipos de Salud Mental de ASSE.



2. Estrategias desarrolladas para la prevención y la atención de usuarios con Intento de Autoeliminación (IAE)

Para el diseño de estrategias específicas en el abordaje de la población usuaria de ASSE cuyo motivo de consulta es el IAE, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables crea un Equipo de Trabajo sobre Prevención del Suicidio y atención de los IAE y Familiares.
El marco de trabajo fueron los documentos de orientación programática desarrollados por el Ministerio de Salud Pública alineados a los objetivos estratégicos de ASSE:

- Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas -Ministerio de Salud Pública - Dirección General de La Salud -Programa Nacional de Salud Mental - Octubre 2007.
- Plan Nacional de Prevención del Suicidio Para Uruguay 2011-2015 - **"Un compromiso con la vida".**
- Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, en el Sistema Nacional Integrado de Salud, Agosto 2011.
- Reglamentación sobre notificación obligatoria del IAE, MSP, Diciembre 2012.

Desde estos marcos normativos se establece que:

- se designen Referentes en IAE y Suicidio,
- se realice el seguimiento, a partir de las 48 hs y durante 6 meses, a todos los usuarios que hayan cometido IAE, a su núcleo familiar y a familiares de personas que se hayan suicidado.

Referentes en IAE y suicidio:

Se determina la importancia de definir el **Perfil del Referente en IAE** considerando la complejidad de la red asistencial de ASSE y sus particularidades, teniendo en cuenta aspectos específicos que lo diferencian de lo que sugiere el Documento para la Implementación de las Prestaciones en Salud Mental del MSP.

Así mismo, se convocó a los Equipos de Salud Mental para el **diseño del Mapa de Ruta** [12] para el abordaje de dicha población objetivo, respetando las realidades locales en cuanto a la demanda y los recursos existentes para dar respuesta a la misma.

Para la designación de los **Referentes** se tomaron en cuenta los siguientes requisitos:

- Formar parte del Equipo de Salud Mental y presentar aptitudes para el trabajo interdisciplinario e interinstitucional.
- Disposición a capacitarse en la temática.
- Dedicación en carga horaria para llevar adelante los objetivos pertinentes a su función.

Funciones del Referente en IAE y suicidio.

Se trata de una función que se ha ido construyendo en forma conjunta con los Referentes y cuyas responsabilidades continúan redefiniéndose en forma permanente. Es fundamental la legitimación de este recurso por parte de ASSE y su contacto e intercambio con el Equipo de Trabajo de la Dirección de Salud Mental sobre Prevención del Suicidio y atención de los IAE y Familiares.

Actividades del Referente:

- Conocer y facilitar los mapas de ruta y flujograma, para el abordaje de estos usuarios en los diferentes niveles de atención.

12 Sobre los Mapas de Ruta y Espacios Adolescentes de ASSE Anexos 7, 8 y 9 respectivamente.

- Brindar apoyo y orientación a su Equipo de Salud en la Referencia y Contrarreferencia.

- 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.

- Promover el diseño e implementación de una agenda preferencial en su Equipo de Salud Mental para la recepción prioritaria de esta población usuaria.

- Contribuir en la definición del mapa de ruta local, departamental y regional para operacionalizar la Referencia y Contra-referencia en la red asistencial de ASSE.

2.1. Recursos asistenciales de la Red de Salud Mental de ASSE para la conducta suicida e IAE.

A continuación se detalla la disponibilidad y distribución de los recursos con los que se cuenta para estas situaciones. El cuadro 36 presenta la distribución de recursos según regiones en el interior del país, en el cuadro 37 se observa dicha distribución para la Región Sur y sus respectivas Subregiones.

i. Psicólogos de Área y Equipos Comunitarios de Salud Mental (ESM) insertos en el Primer Nivel de Atención.

El detalle de la distribución de los recursos humanos se observa en el cuadro 36 que sigue.

RED SALUD MENTAL
Regiones del Interior

	Equipos de Salud Mental	Mail	Dirección	Teléfono
Este	Rocha	Esmrocha@gmail.com	Hospital. Avd.Fco.Martínez y Treinta y Tres	447 22608 Int.157
	Maldonado	saludmental.maldonado@asse.com.uy	Cont.Ventura Alegre s/n Barrio Alto	42 225 890 - 225889
	San Carlos	Siquiatriasc@adinet.com.uy	Avda.Andrés Seveiro 519 y 4 de Oct.	42 66 81 62
	El Jagüel	centrojaguel@gmail.com	A.Saravia s/n (frente al vivero)	42 490 134 - 42 496 969
	Cerro Largo	crmelo96@adinet.com.uy	Colón y Mata	464 30402
	Lavalleja	patronato.lavalleja@asse.com.uy	Avda. Varela 1185	44428362 - 44424413 int.171
	Treinta y Tres	tesoreria.tytres@asse.com.uy	J.E.Rodó s/n	44530668 - 44522211/2001/4800
Oeste	Colonia - Juan Lacaze	patronato.colonia@asse.com.uy	M.Lobo 332 esq.Barbot - Z.de San Martín 515 (J.Lacaze)	452224352 - 45862814/3058
	Carmelo - Nueva Palmira	smental_np@hotmail.com (N.P)	Gral.Artigas s/n y 19 de abril. - J.P.Varela s/n (N.P)	4542 3666 int.230 - 2107/4390/3423 4544
	Soriano	patrosora@hotmail.com	Hosp.Florencio Sánchez 204 - Psiquiatría.	45322177 int.165 - 45329971
	Río Negro	patronatorionegro@hotmail.com	Hosp. Etcheverría y Lavalle	4562 3512/5303 int.124
	Durazno	saludmental.durazno@asse.com.uy	Maciel s/n entre Rubino y Florida	4362 7701 al 06 int.149
	Flores	patronato.flores@asse.com.uy	Hosp.- Batlle y Ordoñez 834 y Agraciada	43644555/57 int.118
	Florida	salumenflorida@gmail.com	Hosp.- Baltazar Brun 414 y 18 de Julio	43526883
	San José	amanecersanjose@adinet.com.uy	Espínola 325	43425100
Norte	Artigas	coorelresguardo@gmail.com	Bernabé Rivera 394	47727911
	CasAbierta	casabiertacentral@gmail.com	Ruta 30 Km 126	47721183
	Paysandú	saludmental.paysandu@asse.com.uy	Hosp.- Monte Caseros 520	47224836/4838 int.182
	Rivera	patronrivera@hotmail.com	Hosp.- Pte.Viera s/n entre Sarandí y J.Suarez	46223307
	Salto	patronatosalto@adinet.com.uy	Viera 179	47342480
	Tacuarembó	csmtbo@adinet.com.uy	Treinta y Tres 444	46323812 int.128

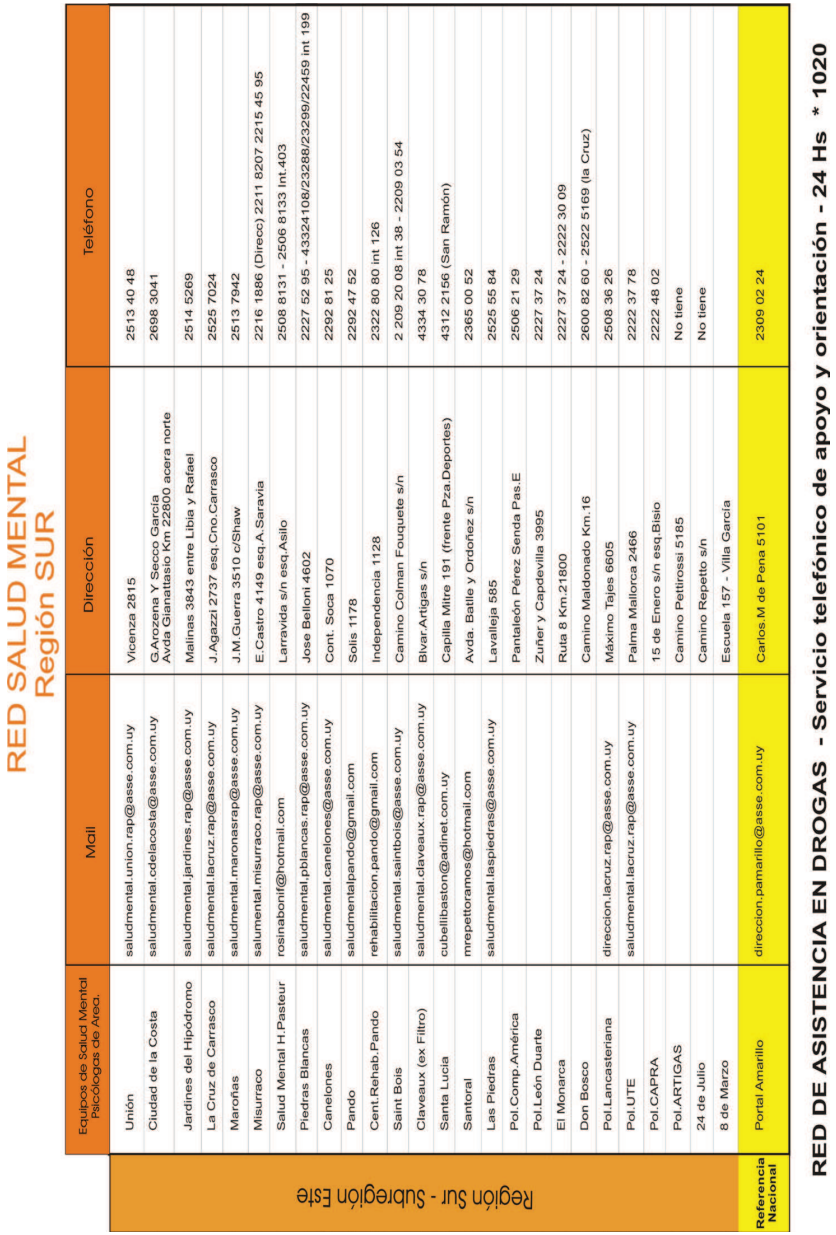
Cuadro 36. Distribución de ESM de las Regiones: Norte, Este y Oeste.

RED SALUD MENTAL
Región SUR

	Equipos de Salud Mental Psicólogas de Area.	Mail	Dirección	Teléfono
Región Sur - Subregión Oeste	Maracaná Sur (Cerro)	saludmental.maracanasur.rap@asse.com.uy	Camino Cibils s/n esq.Nuble Yic	2314 95 92
	Sayago - Udai II		Barrio 14 L.Cortina 5307 esq.R.Guerra	2355 25 11
	Cerro - Inve 18	saludmental.inve18.rap@asse.com.uy	Caleras de la Huérfana, Pasaje E 4370 entre Laureles y Camanbú	2309 69 74
	Ciud.del Plata (Ex.Rincón de la Bolsa)	esmciudaddelplata@hotmail.com	Ruta 1 Km.26	23473578 int.225
	Adicciones Hosp.Maciel	farmacodependencia.maciel@asse.com.uy	25 de Mayo esq. Guaraní	2915 30 00 int.1004
	Polic.SM Hosp.Maciel	saludmental.maciel@asse.com.uy	25 de Mayo esq. Guaraní	2915 30 00 int.1005
	Hosp.P.Rossell Niños	s.psiquiatriapediatrica.chpr@hotmail.com	Blvar. Artigas 1550	2708 50 35
	H.Pereira Rossell - Mujer	smental.chpr@gmail.com	Blvar. Artigas 1550	2708 77 41 int.257
	Policlínico y Centro Rehab. Vilardebó	policlinica.vilardebo@asse.com.uy	Millán 2515	2204 26 13
	Polic.Villa Sarandí		Minotto di Cicco 5802	2312 53 36
	Polic.Santiago Vázquez		Avda.L.Batlle Berres 174	2312 05 02
	Polic. Morell		Cno.Santos y Avda.de la Instrucciones	
	Polic. San José	equipombues@gmail.com	Gaunahany 1870	
	Polic. 3 Ombúes	equipombues@gmail.com	Alagos 742 Esq.P.Giralt	no tiene teléfono
	Polic. Montserrat		Alaska 748 Esq.Gra.A Muñoz	2308 78 10
	Polic. Comp.América		Cno.Duran y Yegros	2302 32 38
	Polic.Verdisol		Cno.Lecoq s/n Planta Ancap	no tiene telefono
	Cent.Salud Ciud.Vieja	cdsayago@gmail.com	25 de Mayo 183 entre Maciel y Guaraní	2916 88 24
	Centro Diurno Sayago		Sayago 1125 enre E.Regules y Propios	2355 52 42

Cuadro 37. Distribución de ESM de la Región Sur.

Cuadro 37. Distribución de ESM de la Región Sur.



ii Puertas de Emergencia con Psiquiatra de guardia.

En el siguiente cuadro 38 se presentan los Hospitales que cuentan con guardia retén de psiquiatría a nivel país.

Cuadro 38. Disponibilidad de Guardias en Psiquiatría en Hospitales Generales a nivel país.

Hospitales Generales con Psiquiatra de Guardia	
Región Sur: Niños - Adolescentes - (14 años y 11 meses) Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell (24 hs.) Psiquiatra Pediátrico de Guardia de 8:00 am a 3:00 am Adultos • H. Pasteur • H. Maciel • H. Pando • H. Canelones • H. Las Piedras • H. Vilardebó	**Regiones Norte, Este, Oeste** **Guardia Retén:** Artigas, Cerro Largo, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Las Piedras, Maldonado, Paysandú, Río Negro, Rocha, San José, Salto, Soriano, San Carlos, Tacuarembó, Treinta y Tres.

iii Salas de Internación y camas destinadas para pacientes de Salud Mental en Hospitales Generales.

En el cuadro 39 se puede observar la disponibilidad de camas para pacientes de salud mental.

Cuadro 39. Disponibilidad de camas para Salud Mental a nivel país.

Salas de Internación Salud Mental	
Región Sur: **Niños - Adolescentes (14 años y 11 meses)** Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell Adultos H. Pasteur - 4 → 12 (camas) H. Macie l- 10 (camas) H. Pando - Sala Observación. H. Canelones - salas general Referencia Nacional: Hospital Vilardebó – 300 (camas)	**Región Norte, Este, Oeste:** Artigas - 6 (camas) Cerro Largo - 12 (camas) Canelones/ Flores/Florida - 0 Colonia en Nueva Palmira - 4 (camas) Durazno - 12 (camas) Lavalleja - 11 (camas) San Carlos - 16 (camas) Paysandú - 24 (camas) Río Negro - 11 (camas) Rivera - 16 (camas) Rocha - 18 (camas) Salto - 23 (camas) San José - Salas Medicina General - 4 (camas) Soriano - 18 (camas) Tacuarembó - Salas Medicina General - 2 (camas) Treinta y Tres - 22 (camas)

iv Seguimiento y Tratamiento del usuario luego del IAE.

- El Servicio de Salud que atendió y evaluó al paciente con un IAE, deberá coordinar y derivarlo al Equipo de Salud Mental de su zona de referencia, proporcionándole al usuario día y hora de su cita.

- Los Equipos de Salud Mental de la Red de ASSE a nivel país recepcionarán, en un máximo de 48 horas, a los usuarios referenciados. Para ello cuentan con una Agenda Preferencial organizada por cada Equipo de Salud Mental de acuerdo a la disponibilidad de sus recursos humanos.

- El seguimiento estará a cargo del Equipo tratante, por un lapso de 6 meses, en acuerdo a los lineamientos establecidos por el MSP para el abordaje de esta población usuaria.

- En los casos en que la zona de referencia a la que pertenece el usuario no cuente con Recursos en Salud Mental en los plazos establecidos anteriormente, se buscará un referente con quien éste pueda mantener contacto telefónico de ser necesario.

- De acuerdo a las características del IAE, los Equipos tratantes definirán un plan terapéutico personalizado. Las prestaciones que se ofrecen para esta población y sus familiares son: tratamiento psiquiátrico, social, y/o psicológico. Psicoterapia individual, consulta de apoyo, intervención en crisis, dispositivos grupales para familiares de usuarios con IAE o suicidio y abordaje familiar. La disponibilidad de estas prestaciones varían según los recursos con que cuente cada Región.

- En cuanto a la población infantil y adolescentes si bien se hospitalizan con límite de edad de 14 años 11 meses, el seguimiento ambulatorio se puede extender más allá de los 15 años en el Hospital Pediátrico C.H.Pereira Rossel y Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina UDA-FMED.

Teniendo en cuenta que el porcentaje mayor de usuarios de ASSE se concentra en la Región SUR: 472.949 usuarios, (el 39 % del total: 1.212.588) y dada la complejidad que caracteriza a la Región en términos de número de Unidades Asistenciales, distribución de dispositivos en salud mental y recursos humanos, se detalla a continuación su conformación y organización.

REGION SUR

La Región Sur comprende los departamentos de Montevideo, Canelones y San José (Ciudad del Plata). Abarca 12 unidades ejecutoras y 200 unidades asistenciales (22 rurales y 178 urbanas).

El departamento de Montevideo, está dividido, tomando como eje la Ruta 7, en dos subregiones: Subregión Sur Oeste y Sur Este. El cuadro 40 presenta la distribución de las unidades ejecutoras y asistenciales de la Región Sur en su conjunto.

Cuadro 40. Distribución de Unidades Ejecutoras y Asistenciales de la Región Sur

OESTE	ESTE
CHPR Hospital de Ojos 105 Unidad Móvil INRU INCA INOT Hospital Vilardebó Portal Amarillo Hosp.C.Geriátrico Dr.Piñeyro del Campo SNS - Hemocentro Montevideo	
Hospitales	**Hospitales**
Hospital de Canelones Hospital de Las Piedras Hospital Saint Bois Hospital Maciel	Hospital Español Hospital Pasteur
RAP Canelones Oeste	**RAP Canelones Este**
Primer Nivel de Canelones RAP Canelones Rural: Centro Aux. San Ramón Centro Aux. Santa Lucía	Pcentro Aux. Pando RAP Canelones Rural Centro Aux Tala
RAP Metropolitana	**RAP Metropolitana**
Cerro Sayago Ciudad Vieja Centro de Salud de Ciudad del Plata	Giordano Claveaux Marona Missurraco Piedras Blancas Jardines del Hipódromo Unión La Cruz de Carrasco Monterrey Centro de Salud Ciudad de la Costa

Fuente: Dirección de la Región Sur

Los cuadros 41 y 42 presentan la Red de Salud Mental (recursos humanos y zonas de distribución) de ASSE de la Región Sur - Sub Regiones Sur Oeste y Sur Este.

Cuadro 41. Red Salud Mental Región Sur Sub Región Sur Oeste

6 Psicólog@s Integradas a los Equipos de Área de las zonas de Salud: Ciudad Vieja (zona 1: Centro de Salud C. Vieja), Sayago (zonas 12 y 13: Policlínicas Complejo América, Morell, Costurero) Cerro (zona 14: Policlínicas 3 Ombúes, Montserrat; zona 17: Policlínicas Santa Catalina, Nuevo Amanecer; zona 18: Policlínica Stgo. Vázquez, Villa Sarandí). **11 Equipos Comunitarios de Salud Mental (ESM):** Hosp. St. Bois, Santa Lucía, Sayago - Udai II, Santoral, Hosp. Canelones, Maracaná Sur (Grupos T), Inve 18 (Cerro), C. del Plata, ESM CHPR Mujer (Grupos T), CHPR Niños, Policlínica Hosp. Vilardebó	**1 Unidad Salud Mental (*)** Hospital Maciel Servicio Salud Mental (Adulto, Pediátrico) Servicio Adicciones **2 InterIn: Centros de Rehabilitación para Dificultades del Desarrollo de la Infancia:** • Cerro (Apex), • Sur (Local ANEP Centro), 2 Grupos T para usuarios y familiares con uso problemático de sustancias (UPS). **3 Centros Rehabilitación para usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes:** • Centro Diurno Sayago, • Centro Diurno Hospital Vilardebó, • Centro Rehabilitación Psicosocial Martinez Visca (CHPP).

Cuadro 42. Red Salud Mental Región Sur Sub Región Sur Este

4 Psicólog@s Integradas a los Equipos de Área de las zonas de Salud: La Cruz (zona 6 y 8: Policlínicas Lancasteriana, UTE) Unión (zona 9: Policlínicas Complejo Maroñas, León Duarte. Jardines del Hipódromo (zona 9: Policlínicas 8 de Marzo, El Monarca, CAVIPRO), Piedras Blancas (zona 10: Policlínicas CAPRA, Artigas). **9 Equipos Comunitarios de Salud Mental (ESM)** Maroñas (GT), E. Claveaux (GT), Piedras Blancas (GT), La Cruz de Carrasco (GT), ESM Jardines del Hipódromo (GT), Misurraco (GT), Ciudad de la Costa, Unión,Pando. **1 Unidad Salud Mental (*)** Unidad Salud Mental Hospital Pasteur.	**3 InterIn: Centros de Rehabilitación para Dificultades Desarrollo de la Infancia** • Casavalle. • Salvador Allende, • Nicolich. **2 Residencias Asistidas (MIDES-ASSE)** **6 Grupos T para usuarios y familiares con Uso Problemático de Sustancias (UPS)** **Centro Rehabilitación para usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes** • Centro Rehabilitación Pando.

Cuadro 43. Unidades Ejecutoras de referencia nacional.

• Hospital Vilardebó • Portal Amarillo
Hospital Centro Geriátrico Dr. L. Piñeyro del Campo. Colonias Dr. B. Etchepare y Dr. Santín C. Rossi
Sistema de Atención Integral – Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL)

Capítulo 5

Antecedentes de trabajo en prevención de la conducta suicida en la Enseñanza Media. El abordaje de la violencia doméstica en adolescentes.

1. Educación y Derechos.

Entendemos la práctica educativa como un espacio que implica la reflexión y el ejercicio de una cultura de derechos, así como la reconstrucción de pautas culturales que atenten en dicho sentido. Desde esta perspectiva "Educación" y "Educación en Derechos Humanos" parece remitir al mismo espacio conceptual. La nueva ley de Educación Nº 18347 en su artículo 8 plantea que "El estado asegurará los derechos de aquellos colectivos minoritarios o en especial situación de vulnerabilidad, con el fin de asegurar la igualdad de oportunidades en el pleno ejercicio del derecho a la educación y su efectiva inclusión social". Posteriormente la misma ley sugiere la realización de propuestas educativas que respeten la diversidad de situaciones. Desde esta perspectiva la Dirección de Derechos Humanos de CODICEN viene trabajando.

2. Derechos Humanos y Violencia Doméstica.

Desde el año 2008 la Dirección desarrolla un proceso de planificación y secuenciación de acciones que encuentran asiento en enfoques conceptuales que se pretenden instalar en el sistema educativo, a través de la concreción de un objetivo de política social y educativa: **prevención y atención de violencia doméstica en el sistema educativo formal.** El proceso de incorporación de la temática de violencia de género -desde los planos de la prevención y primeros pasos en la atención de situaciones- ha sido un proceso sostenido, continuo e institucionalizado dentro del sistema educativo, que comienza en el año 2008 y continúa fortaleciéndose hasta la actualidad.

Destacamos como rasgos distintivos:

a. Componente de política pública interinstitucional. El trabajo en la temática de violencia de género (V de G), en especial de violencia doméstica (VD), tiene actualmente carácter interinstitucional, en cumplimiento de la Ley de Lucha contra la violencia doméstica del Uruguay y a partir del trabajo en el Consejo Nacional Consultivo de lucha contra la Violencia Doméstica y en el Sistema Integrado de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV).

b. Marco de trabajo institucional y conceptualmente definido desde la Educación en DDHH. Desde el sector educativo, se aborda desde la Dirección de DDHH de la ANEP, mostrando una clara definición del marco del trabajo, la educación en DDHH y la violencia de género como una clara vulneración de derechos, entendiéndose que la prevención de VD es una función específica del sector educativo formal.

c. La prevención y la intervención entendidas como ciclos.

Los componentes generales del proceso de incorporación de V de G a la ANEP muestran el carácter integral y cíclico desde los que se pretende intervenir en la educación:

- La formación de una red de género de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), coordinada desde la Dirección de DDHH y articulando con el Programa de Educación Sexual e Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES-MIDES).

- La protocolización de acciones, se realiza, en forma participativa e interdisciplinaria, un protocolo para enseñanza media de prevención y atención de situaciones de VD en adolescentes, dirigido a los docentes y técnicos de enseñanza media. Este protocolo incluye una ruta de abordaje de las situaciones de violencia doméstica detectadas en los y las alumnas[13] que pretende plantear los primeros pasos en la atención de las situaciones por parte del sector educativo así como discriminar aquellos aspectos que se trabajan desde otras instituciones.

- El proceso de implementación del Protocolo a nivel nacional, trabajando con todos los centros educativos de enseñanza media del país. Se realiza a través de talleres de sensibilización, capacitaciones y réplicas mediante multiplicadores/as de los mismos a nivel territorial, así como también la elaboración de materiales y publicaciones que faciliten el trabajo en los centros: folletos, afiches, guía didáctica. Este proceso tiene como eje la presencia de un referente institucional por centro educativo para la articulación del proceso.

3. El proceso de implementación del protocolo en Enseñanza Media.

Actualmente, desde el año 2010 y hasta el año 2015, la Implementación del Protocolo para Enseñanza Media, forma parte de uno de los proyectos de la ANEP, dentro de los proyectos priorizados: el Proyecto 033 Implementación del documento "Situaciones de Violencia Doméstica en Adolescentes. Protocolo para Enseñanza Media", cuyo objetivo general es "Desarrollar más ampliamente actividades de sensibilización de los colectivos docentes y las comunidades educativas en todo el país tanto en formación en derechos humanos como en la aplicación de instrumentos específicos que atiendan ciertas vulnerabilidades".

3.1. Los objetivos específicos son:

Instalación del tema Prevención y Atención de Violencia Doméstica en los centros educativos de enseñanza media de todo el país.

Fortalecimiento del uso del protocolo en los centros educativos de enseñanza media para la prevención y atención de situaciones de violencia doméstica en adolescentes.

Profundizar el uso y conocimiento del protocolo a través de la generación de referentes institucionales de los centros educativos que tiendan a conformar equipos de trabajo en los mismos.

13 El detalle del Mapa de Ruta se encuentra en Anexo 12.

3.2 Las metas son:

2011: Implementación del documento en 100 centros educativos del país, con carácter de multiplicador local.
2012 Implementación del protocolo al resto de los centros educativos de enseñanza media
2013 Evaluación del Protocolo con carácter participativo
2014 Actualización del Protocolo según evaluación docente y respuesta de la comunidad.

Este proyecto, entonces, está dirigido a todos los centros de Enseñanza Media (Secundaria y Enseñanza Técnica) del país. Implica trabajar en la implementación del documento: "Situaciones de Violencia Doméstica en Adolescentes. Protocolo para Enseñanza Media". Este aborda dos planos de acción: la prevención y promoción de vínculos saludables y los primeros pasos en la atención de situaciones de violencia doméstica detectadas en los centros educativos.
Fue aprobado en la sesión ampliada de CODICEN del día 23 de julio de 2009 (Resolución No 18, Acta No 49 de ese día).

La implementación implica el trabajo a distancia y en forma presencial a través de jornadas con referentes de los centros educativos en la búsqueda de la instalación del tema: prevención y atención de situaciones de violencia doméstica. Uso y conocimiento del protocolo.

3.3. Estrategias de implementación:

Se trabaja desde cuatro dimensiones estratégicas:

- Descentralización: abordaje de la temática a nivel local, a través de la figura de referentes institucionales, conformando equipos de trabajo que enfoquen el tema según las especificidades de la zona geográfica y la realidad del centro. Esto implicaría incluir la temática en el proyecto de centro, trabajar con los recursos locales, articular con los demás centros educativos de la localidad, realizar campañas de sensibilización, realizar cursos de capacitación replicando aquellos realizados a nivel central en años anteriores.

- Interdisciplinariedad: trabajo en los centros entre docentes y técnicos, aportando cada uno su especificidad disciplinar. Trabajo con las redes comunitarias disponibles.

- Participación: favorecer y apoyar diversas modalidades de trabajo según la realidad local, buscando fortalecer el protagonismo de los actores involucrados en cada zona. Incluir la participación de alumnos y familias en el diseño de las estrategias locales.

- Reflexividad: abordar la temática desde la reflexión de las prácticas de docentes y técnicos involucrados, buscando pensar las maneras en que las creencias personales y representaciones sociales afectan en la forma en que se trabaja con alumnos y alumnas. Tomar conciencia de las modalidades en que se reproducen ciertos estereotipos de género en las prácticas educativas. Buscar visualizar las formas de ejercicio abusivo de poder en la dinámica de trabajo cotidiana. Esto implica generar espacios de reflexión docente en los centros educativos, incluir la temática en formación docente, pensar como incluirla a nivel curricular en cada subsistema educativo, articular con el programa de Educación Sexual.

Se realiza un monitoreo y evaluación del proceso a través del relevamiento del trabajo en los centros y de la opinión de los docentes en relación a la temática, lo que nos proporciona insumos para comparar con los resultados de la evaluación general prevista para este año 2013. (Informe de opinión docente 2009, línea de base de la situación de los centros educativos 2011)

El proceso de implementación del protocolo se viene realizando a través de las siguientes actividades:

4. Las actividades son:

2011 - Acciones realizadas

1era etapa: Distribución del Protocolo en todos los centros educativos de enseñanza media del país (400 centros). Se distribuye una carpeta en cada centro conteniendo: un ejemplar del Protocolo, una nota presentación del material, una circular del Consejo que explicita la voluntad y el interés de trabajar este tema en una coordinación, un registro del proceso de trabajo a completar y devolver a esta Dirección para su posterior sistematización.

2da etapa: Implementación a través de referentes: para la apropiación de esta herramienta, creemos necesario la posibilidad de un abordaje más profundo de la temática. Para ello, luego de la distribución del material, se comenzó un plan de implementación con referentes: docentes y técnicos.
Se trabaja en una primera instancia con los referentes de los 100 centros de todo el país que ya han participado en la consulta del documento preliminar.

2012 - Acciones realizadas

1. Tres jornadas con directores de centros educativos de enseñanza media de todo el país.
2. Realización de dos jornadas de 8 hs de duración de capacitación e intercambio para referentes del proceso de implementación 2012, logrando cubrir el resto de los centros educativos del país.
3. Realización de un curso de actualización y profundización sobre Violencia Doméstica y Derechos Humanos dirigido al grupo de referentes del proceso de implementación 2011.
4. Elaboración de Guía de réplica y distribución.
5. Desarrollo de actividades de réplica en los distintos territorios.
6. Publicación de Guía Didáctica: Educación y Violencia Doméstica.

2013 - Acciones realizadas:

7. Desarrollo de actividades de réplica en los distintos territorios, trabajando en 15 departamentos del país.
8. Realización de dos cursos de actualización y profundización sobre Violencia Doméstica y Derechos Humanos dirigidos a referentes del proceso de implementación (en Montevideo y Paysandú).
9. Evaluación del Protocolo y de su proceso de implementación, a través de un formulario de registro de lo trabajado en la temática en los centros a partir de la distribución del protocolo. Se sistematizarán los resultados comparándolos con los obtenidos en el año 2011.
10. Publicación de la Guía de réplica “Derechos Humanos y Violencia Doméstica. Herramientas conceptuales para docentes”.

5. Algunos resultados

La metodología de trabajo elegida por esta Dirección es visualizada por los y las participantes como un gran acierto dado que ha generado impactos altamente positivos en los procesos colectivos de reflexión conjunta, intercambio, deconstrucción de pensamientos hegemónicos, generación de buenas prácticas, incorporación del tema en los centros educativos.
Una metodología que privilegió el encuentro, la circulación de la palabra, el aporte de insumos para el análisis crítico y la reflexión y la promoción de la producción colectiva como es el caso de la guía didáctica elaborada.

En los siguientes cuadros se expresan algunos resultados de actividades realizadas en los planos de prevención y atención de situaciones en centros educativos de enseñanza media de todo el país durante el año 2011. El cuadro 44 presenta el tipo de actividades de prevención sobre VD realizadas en los centros educativos, el cuadro 45 muestra los actores involucrados en las actividades de prevención descritas en el cuadro anterior, en el cuadro 46 se destacan las principales dificultades identificadas por los docentes de los centros educativos para la ejecución de actividades de prevención. En el cuadro 47 se resaltan

las principales soluciones propuestas a las dificultades señaladas en el cuadro anterior, el cuadro 48 muestra la relación encontrada entre realizar actividades de prevención y detectar situaciones de VD en el centro educativo, por último, el cuadro 49 presenta la detección de casos, expresada en porcentajes, realizadas en el centro educativo en el 2011 según sector institucional y región.

Cuadro 44. Actividades de prevención sobre violencia doméstica realizadas en los centros educativos de enseñanza media.

		%
Talleres con diferentes actores.	Talleres con docentes.	29,2%
	Talleres con alumnos.	27,6%
	Talleres con docentes, alumnos y familiares.	11,2%
Jornadas en formación y sensibilización.	Jornada de capacitación docente.	9,5%
	Actividades de formación a cargo de la psicóloga.	11,2%
	Jornadas de sensibilización a alumnos.	7,8%
	Jornada de integración del centro / Profundización vínculo docente-alumno.	6,9%
Vínculo con otras instituciones.	Actividades con otras instituciones (MIDES, MEC, INAU, Comisaría de la Mujer,etc.).	15,5%
Difusión e información	Reparto de folletos / información.	6,3%

Cuadro 45. Actores involucrados en las actividades de prevención

		%
Actores del centro educativo	Equipos técnico / Multidisciplinario	45,3%
	Docentes	21,8%
	Personal de la centro educativo	7,7%
	Alumnos / adolescentes	7,7%
	Dirección / Equipo de dirección	5,6%
	Adscripción / adscriptos	3,8%
	Docente de Educación Sexuales	3,0%
	Autoridades de ANEP	2,6%
Otros profesionales	Médicos / Doctores	6,0%
	Actores / grupo de teatro	2,6%
	Animador / animadores	1,7%
	Abogados	1,3%
	Actividades artísticas	0,4%
Otras instituciones públicas	MIDES	6,0%
	Comisaría de la mujer / Policía / Ministerio del Interior	4,7%
	INAU	4,3%
	MSP	3,8%
	Poder Judicial / Jueces / Juzgados	3,4%
Otros actores	Familias	8,5%
	Comunidad	6,4%
	Vecinos	0,9%
	Otros particulares	0,4%

Cuadro 46. Dificultades identificadas por los docentes de los centros educativos de enseñanza media para la ejecución de actividades de prevención.

Recursos	Ausencia de Equipos Multidisciplinarios	49%
	Recursos materiales	25%
	Escasez de profesionales	17%
Capacitación y formación	Poco personal capacitado	40%
	Escasa capacitación	12%
Coordinación interna	Falta de coordinación interna	29%
	Actividades a contraturno / compatibilización de horarios	11%
	Falta de tiempo para otras actividades	10%
	Multiempleo	4%
	Priorización de otras actividades	3%
Factores culturales	Preconceptos y presupuestos	13%
	Miedo a la exposición de sentimientos	4%
	Resistencias frente al tema	2%
Compromiso e interés	Falta de interés	21%
	Escaso compromiso del cuerpo docente	13%
	Apatía / Indiferencia	9%
	Falta de motivación	7%

Cuadro 47. Principales soluciones propuestas a las dificultades.

Ampliación de Recursos	Contar con Equipo Multidisciplinario	31,9%
	Más horas de coordinación remuneradas	16,7%
	Creación de cargos	5,9%
	Ampliar carga horaria del equipo técnico	3,9%
	Aportes económicos / donaciones	3,4%
Organización	Actividades dentro del turno o en coordinación	19,1%
	Adecuación de horarios	13,2%
	Mejorar planificación de actividades	7,4%
	Obligatoriedad	3,4%
Capacitación y formación	Cursos, talleres y charlas	13,7%
	Generar espacios de formación	6,9%
	Actualización y capacitación docente	6,4%
Profundizar involucramiento	Apelar a la responsabilidad docente	24,0%
	Comprometer a los actores involucrados	13,2%
	Respaldo institucional (de las autoridades)	4,9%
Sensibilización en la temática	Concientización de la temática	24,5%
	Campaña de sensibilización	19,6%
	Involucrar a los padres/familia en la temática	6,4%
Vínculo con la comunidad	Articulación con otras instituciones	8,3%
	Fomentar trabajo en redes	4,4%
	Estrechar vínculos con la comunidad	3,4%
Metodología de trabajo	Cambiar hacia un abordaje lúdico y de danzas	3,9%
	Aprovechar todas las instancias de recreación	2,5%
	Creatividad en las propuestas.	2,9%

Cuadro 48. Relación encontrada entre realizar actividades de prevención y detectar situaciones de violencia doméstica en el centro educativo.

		TOTAL	DETECCIÓN DE SITUACIONES	
			SI	NO
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN	SI	49,8%	64,6%	32,1%
	NO	50,2%	35,4%	67,9%
	TOTAL	100%	100%	100%

Cuadro 49. Detección de casos (%) de violencia doméstica realizadas en el centro educativo según sector institucional y región (2011).

		Sector institucional		Región				
	%	CES	CETP	Montevideo	Sur	Centro	Litoral	Noreste
Si	54,5	%	%	%	%	%	%	%
No	45,5	58,4	44,8	69,2	61,8	51,2	38,2	43,9
Total	100	41,6	55,2	30,8	38,2	48,8	61,8	56,1
		100	100	100	100	100	100	100

Más allá de estos aspectos, creemos que hay otros resultados de más largo aliento que progresivamente se van desarrollando en el colectivo docente. Se observa que a través de este proceso y en forma progresiva, se genera un movimiento de personas vinculadas al sector educativo comprometidas por una vida libre de violencia domestica. Un incipiente movimiento de alcance nacional, que aún no logra visualizar su potencia ni su dimensión, pero que viene desarrollando un frente común para el abordaje del problema y para la deconstrucción de los sistemas de ideas que sustentan y legitiman la violencia doméstica.

Son docentes y técnicos que dedican su tiempo y sus saberes para desarrollar propuestas creativas e iniciativas de diversa índole para lograr dos objetivos fundamentales; la protección de los y las adolescentes víctimas de violencia doméstica y la prevención y promoción de una vida libre de violencia doméstica.

Es un movimiento que tiene alcance nacional, que llega a comunidades muy pequeñas y remotas y también a capitales departamentales, teniendo una riqueza, diversidad y capacidad de cobertura muy importante. No tiene estructura ni organicidad, pero existe, funciona y genera buenas prácticas en forma continua, sostenido en la convicción y el compromiso de docentes y técnicos que día a día están dispuestos a hacer frente a este problema y que reconocen un quehacer colectivo que los une y los sustenta. Este tejido invisible que se viene generando, permite por momentos visualizar que las acciones individuales son parte de un movimiento más grande de enfrentamiento del problema, es producto de un zurcido que con mucha dedicación y reflexión retroalimentada en forma permanente por el propio colectivo, va trabajando la Dirección de Derechos Humanos de ANEP.

Durante el proceso de implementación muchos referentes desarrollaron una diversidad de actividades orientadas a continuar el proceso de instalación del tema en los Centros Educativos. Estas prácticas no eran parte de lo esperado por el proceso de trabajo sino que fueron desarrolladas como impacto del mismo, por iniciativa de cada referente. Por otra parte muchos referentes planifican y ejecutan anualmente actividades en el marco del 25 de noviembre Día Internacional de Lucha contra la Violencia Hacia las Mujeres y de lo que el CODICEN designó como la “Semana contra la Violencia de Género” en la ANEP (Acta 72, Resolución Nº8, Expediente 17772/08).

6. Violencia Doméstica y conductas suicidas en adolescentes en el sector educativo.

La experiencia de atención y prevención de violencia doméstica en los centros de enseñanza media ha generado nuevas preocupaciones que generan otros desafíos. La detección de conductas suicidas en adolescentes se encuentran entre ellos.
A nivel de las intervenciones en los centros, en los relatos de los docentes y técnicos de la educación, surge cada vez con más fuerza la relación entre ambas temáticas. Sin lugar a dudas el vivir situaciones de violencia doméstica es un factor de alto riesgo para la aparición de conductas suicidas, tanto en adolescentes, como en otras franjas etarias.
Si la Educación - como se menciona al comienzo- tiene como finalidad la de asegurar la igualdad de oportunidades para sus alumnas y alumnos, si estas problemáticas están instaladas en nuestras aulas, si en el contexto que viven nuestros adolescentes en la actualidad los centros educativos pasan a ser espacios privilegiados para la contención de los mismos, si venimos trabajando en generar herramientas para el abordaje de situaciones que vulneran los derechos de los y las alumnas, parece imprescindible la inclusión en esta guía del trabajo con el sector educativo. Trabajo que deberá seguir profundizándose, no sólo en el abordaje de la problemática desde el sector teniendo como antecedente la experiencia con el proceso de implementación del protocolo sobre violencia doméstica, sino en la búsqueda de generar más y mejores estrategias de trabajo en red con el sector de la salud.

Consideraciones a tener en cuenta sobre la ideación suicida y el suicidio.

En suma

- **El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón.**

- **Tener ocasionalmente pensamientos suicidas puede ser pasajero. Se vuelven anormales cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para las dificultades.**

- **Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen. No obstante, la mayoría de los suicidios pueden prevenirse.**

- **En la medida de lo posible, el mejor enfoque de prevención de suicidio lo constituye un trabajo interinstitucional e intersectorial, en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias.**

- **Es importante siempre generar sistemas de evaluación del impacto de las intervenciones.**

Bibliografía

- Allué M. (1998) - La ritualización de la pérdida. Anuario de Psicología. Facultat de Psicología, Universitat de Barcelona; 4(29):67-82.
- Ariz León, Y. (1999) - Mitos sobre la conducta suicida. Estudio preliminar realizado con estudiantes de quinto año de la Carrera de Psicología de la Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Baron, S., y Hartnagel, T. (1997) - Attributions, affect and crime: Street youths reactions to unemployment", Criminology.
- 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.
- Barrero Pérez, S. (2005) - Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos, Rev. Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXIV/No.3.
- Barrero Pérez, S. (2011) - Manejo de la Familia de un Suicida. Disponible en: URL: *http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/manejo-de-la-familia.pdf*
- 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.
- Bello Dávila, Fernández Casales (2005) - Psicología social. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Botega, J.N. (2005) - Suicídio no Brasil. Uma visão de Saúde Pública. Associacão Brasileira de Psiquiatria, Ano XXX, Número 3:4-8. Campinas, Brasil.
- Botega, J.N. (2002) - Tentativas de suicidio, pag.: 365-377; en: Práctica psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergencia. Ed. Artmed, São Paulo, Brasil.
- Bourdieu, P. (1998) - Capital cultural, escuela y espacio social. México: Siglo XXI.
- Cardona, O. M. (2001) - La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Una crítica y una revisión necesaria para la gestión. Artículo y ponencia para International Work-Conference on Vulnerability in Disaster Theory and Practice, Disaster Studies of Wageningen University and Research Centre, Wageningen, Holanda. Disponible en: URL: *http://www.desenredando.org/public/articulos/2003/rmhcvr/rmhcvr_may-08-2003.pdf*
- Casullo, M. (2004) - Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social, Fac. de Psicología-UBA/Secretaría de Investigaciones/XII Anuario de Investigaciones.
- Clavell, E. (2012) - Prólogo del MSP, en: Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud, Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay, MSP, INAU, UdelaR, Sociedad Uruguaya de Pediatría, SUP, Apoya Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.

Consejo de Educación inicial y Primaria (CEIP) (2013) Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP-ANEP) Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV-INAU) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Disponible en: URL: *www.unicef.org/uruguay/spanish*

Chocarro González, L. (2010) - Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Departamento de Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: URL: *http://eprints.ucm.es/11998/1/T32597.pdf*
Cassorla R.M.S (coord.) (1991) - Do suicídio- estudos brasilieros. Ed. Papirus, Campinas, Brasil.

De la Torre Martí, M. (2013) - Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Erikson, E. (1971) - Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI.

Flechner, S. (2000) - Psicoanálisis y Cultura: La clínica actual de pacientes adolescents em riesgo. Um nuevo desafío? Revista Latino-Americana de Psicanálise (4), 467-482.

Foucault, M. (1975) - Vigilar y Castigar. Siglo XXI, Buenos Aires.

Gómez Sancho, R. (1999) - El médico ante la muerte de su enfermo. En: M. Gómez Sancho (Ed.), Medicina Paliativa en la cultura latina (pp. 57-68). Madrid: Arán.

Gau Abalo, J.; Llantá Abreu, M.; Massip Pérez, C.; Chacón Roger, M.; Reyes Méndez, M.C.; Infante Pedreira, O.; Romero Pérez, T.; Barroso Fernández, I.; Morales Arisso, D. (2008) - Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Pensamiento Psicológico, Vol. 4, N°10.

Goffman, E. (2001) - Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Grunbaum, S; Graña, S. Intentos de Autoeliminación, en: Grunbaum, S (Coord) Adolescencia: un mundo de preguntas II. Encuesta Mundial de Salud Adolescente - GSHS, 2012, Uruguay. OPS, OMS, GSHS, CDC. Págs: 89-102. Disponible en: URL: http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012

Hendin H. (1992) - The psychodynamics of suicide. International Review of Psychiatry, 4:15-167.

Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud, IDISU (2012) - Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud. Disponible en: *www.unicef.org/uruguay/spanish*

Jessor R. (1991) - Risk behavior in adolescenset: a psychosocial framework for understanding and action. J Adolescent Health.

Larrobla, C.; Canetti, A.; Reigía, M.; Brenes, V. (2013) - Aproximación a las representaciones de muerte y muerte violenta en adolescentes y personal de una institución educativa en Uruguay, Revista Chilena de Salud Pública. (en proceso de evaluación)

López, López, Arechiga, Reyes y Alcalá, 2001 López, M.A., López, B.M., Aréchiga, G., Reyes, J.R. y Alcala, P.A. (2001) - Cáncer, dolor y paliación. En: G. Aréchiga (Ed.), Dolor y paliación. Recursos en la medicina actual (pp. 151-180). Guadalajara: Ediciones Cuéllar.

Mann J. John et al. (2005) - Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review JAMA, October 26, -Vol 294, No. 16.

Marcelli, D.; Braconnier, A. (2005) - Psicopatología del Adolescente, Ed. MASSON, Barcelona.

Martínez, C. (2003) - Salud familiar. La Habana: Editorial Científico Técnica.

Ministerio de Salud de la Nación (2012) Lineamientos para la atención del Intento de Suicidio en Adolescentes, Buenos Aires.

Moreno, Barrio (2000) - La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo. Buenos Aires, Ed. Aique.
MSP/Dirección General de la Salud/Programa Nacional de la Salud Mental (2006) - Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas, Uruguay.

O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney, Silverman. (1996) - Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav.

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*://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf*

Organización Mundial de la Salud, OMS (2000 a) - Serie Prevención del Suicidio. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud, Ginebra. Disponible en: URL:*http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/prevetrabajad.htm*

Organización Mundial de la Salud, OMS (2000 b) - Serie Prevención del Suicidio. Prevención del suicidio para docentes y personal institucional Ginebra. Disponible en: http*://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/prevetrabajad.htm*

Orbach, I. (1994) - Dissociation, physical pain and suicide: A hypothesis. Suicide and Life - Threatening Behavior. 20, 57-64.

Piaget, J. (1987) - La vida mental del niño. Seis Estudios de Psicología, Ed. Seix Barra,.

Programa Nacional de Salud Mental, 2012, MSP.

Servicio Andaluz de Salud/Conserjería de Salud. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Públic, Recomendaciones para la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta suicida. Disponible en: URL: *www.feafes.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf*

Shneidman, E. (1980) - Voices of death. New York: Harper and Row.

Stanley Hall, G. (1905) - Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education, Volumen 2, Ed. D. Appleton, University of Virginia.

Taliaferro, L et al. (1991) - Perspective: Physician Education: A (Gallup Organization: Teenage Suicide Promising Strategy to Prevent Adolescent Suicide Study. Executive Summary. Princeton: Academic Medicine, Vol. 86, No.3/March 2011, New Jersey.

Vazquez Barquero. (2000) - Psiquiatría en Atención Primaria, Ed. Aula Médica, Madrid.

Wasserman, D. (2000) - Suicide. An unnecessary death. London: Martin Dunitz.

World Health Organization, WHO (2012) - Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva, Switzerland.

World Health Organization, WHO (2003) - The world health report: shaping the future Geneva: Zoltan, R. (2007) - Suicide risk in mood disorders. Current Opinion, in: Psychiatry, 20:17–22.

World Health Organization, WHO (2001) - Prevención del Suicidio: un Instrumento para Docentes y demás Personal Institucional, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: URL: http://www.paho.org

ANEXOS

Anexo 1.

Resultados del estudio Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, 2009. Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud

Para abordar un enfoque de prevención y realizar recomendaciones, es necesario conocer el perfil de los adolescentes y jóvenes que se suicidaron, así como la forma en que previamente han usado el sistema de atención en salud. Con esta finalidad, el Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud realizó una investigación cuyo objetivo fue conocer las características socio-demográficas y clínicas de adolescentes y jóvenes que cometieron suicidio en Uruguay en el año 2009. Se utilizaron fuentes de datos secundarias, realizando la revisión de certificados de defunción y las historias clínicas.
De los 79 casos estudiados, el 83,5 % pertenecían al sexo masculino y 16,5% al sexo femenino. El 68,3% de los adolescentes y jóvenes que se suicidaron, se encuentran dentro del grupo de 20 a 24 años. La tasa de mortalidad por suicidio en Montevideo fue de 8.3 cada 100.000 adolescentes y jóvenes, y en el interior es de 10.9.

Tasa de mortalidad por suicidio en la población de 10 a 24 años, Uruguay, 2009.

URUGUAY	Población de ambos sexos de 10 a 24 años.	Nº de adolescentes y jóvenes fallecidos por suicidio.	Tasa /100.000 adolescentes y jóvenes fallecidos por suicidio.
Montevideo	299.883	25	8.3
Interior	492728	54	10.9
Total	792611	79	9.97

En el 81% de los casos, el método utilizado fue el ahorcamiento; el 15% utilizó arma de fuego; en el 2,5% el método fue la ingesta de psicofármacos y el 1,5% asfixia por sumersión.

Distribución de la población de adolescentes y jóvenes de ambos sexos que se suicidaron, según mecanismo utilizado. Uruguay, año 2009

Causa	FA	%
Ahorcamiento	64	81
Herida por arma de fuego	12	15
Asfixia por sumersión	1	1.5
Ingestión de psicofármacos	2	2.5
Total	79	100

De la revisión de los certificados surge como conclusión que la conducta suicida en esta franja etaria predomina en el sexo masculino, aumentando el número de casos con la edad, no encontrándose diferencias, en el método elegido según el sexo, que fue en ambos casos el ahorcamiento.
De los 79 casos, se obtuvieron 26 historias clínicas, de su revisión surge los siguientes resultados:

- De las 26 historias revisadas se identificaron 15 (57,6%) en las que los adolescentes y jóvenes tienen consultas en los diferentes servicios, en el último año, antes del suicidio. En las 11 restantes (42,4%) no hay registro de consulta en el último año.
- El 23 % de los que consultaron, lo hicieron al menos en 3 oportunidades en el último año.
- En cuanto al lugar donde realizaron la última consulta antes del suicidio:
- El 40% lo hicieron en un servicio de psiquiatría, el 33,4% en emergencia y el 26,6% en diferentes policlínicas.
- En las 26 historias estudiadas se contabilizaron en total 57 consultas realizadas en el último año.
- Con respecto a los motivos de ese total de consultas, el 49% corresponden a trastornos de la esfera psíquica como ansiedad, depresión, crisis de pánico, crisis de hetero y autoagresión; el 16% son consultas por IAE.
- El 7% de las consultas correspondieron a episodios agudos de consumo abusivo de sustancias psicoactivas: benzodiacepinas, pasta base, alcohol, marihuana y solventes. La mayoría de las veces estos episodios se caracterizan por policonsumo. Otro 7 % (4 casos) correspondió a lesiones de entidad (dos casos corresponden a lesiones severas por agresión en vía pública con TEC con pérdida de conocimiento y traumatismo facial y otros dos casos por accidente de tránsito (accidente en moto posterior a ingesta abusiva de alcohol y caída en bicicleta con TEC[13] pérdida de conocimiento). El 21% restante de las consultas corresponden a otros motivos (tabla 4).
- El 35% de los adolescentes cuya historia se revisó, eran portadores de enfermedad crónica no psiquiátrica como: epilepsia, alergia, asma, dermatosis, bocio, discapacidad por retraso mental, tumor óseo con dolor crónico.
- En el 19 % se constataba en la historia la no presencia de patología crónica, pero se destaca que en un 46% no existía este dato.
- Del total de adolescentes, el 50% tenían trastornos psiquiátricos diagnosticados mientras que un 8% no lo tiene y un 42% no se consigna el dato en la historia clínica.
- En cuanto al consumo de sustancias el 46 % presenta consumo de sustancias como alcohol, marihuana, pasta base, solventes, psicofármacos, tabaco y en un caso (4%) se explicita el no consumo. Se destaca que el 50 % no presenta el dato en la historia. Como ya se mencionó hay registro en las historias de consumos habituales y episodios de abuso, que han sido motivo de consulta en emergencia, en 4 casos.
- En cuanto a intentos de autoeliminación previo al suicidio, 8 adolescentes y jóvenes de las 26 historias revisadas tuvieron dichos episodios, lo que corresponde a 31%. En 2 historias se consignaba la inexistencia de IAE previo al suicidio. En 16 historias (62%) no existe el dato.
- De los 8 que tuvieron IAE registrados, uno tuvo 4 intentos (el primero a los 11 años). Otro tuvo 3 intentos y otros dos presentan 2 intentos cada uno. Los otros 4 adolescentes y jóvenes presentaron un intento antes del suicidio. Todos los que presentaron IAE fueron referenciados a Psiquiatra y consta la consulta realizada.
- Por último se relevó una variable que denominamos “situaciones vitales adversas”. La definimos como los eventos que sufre el individuo o su entorno que por adversos podrían favorecer la determinación de cometer suicidio, sobre todo teniendo en cuenta que de la revisión surge la concurrencia de varias de estas situaciones en una sola persona, lo que aumentaría la vulnerabilidad.
- En 20 de las 26 historias revisadas surgían situaciones o condiciones de vida desfavorables por las que había estado o estaba transitando el adolescente o joven, previo al suicidio. Estas situaciones generalmente afectaban los tres niveles, personal, familiar y del entorno de la cotidianidad del adolescente o joven.
- En 6 historias por la falta de datos registrados no puede descartarse su presencia.

13 Traumatismo Encefalocraneal

Tipo de situaciones vitales ocurrentes o concurrentes, consignadas en Historias Clínicas

- Suicidio del primo+, operación materna+ procesamiento x lesiones
- Accidente laboral
- Privación de libertad
- Abandono materno+ Violencia familiar+ discusiones con tío y abuelo frecuentes+ Desescolarización.
- Problemas familiares no especificados, sale en moto alcoholizado, luego de discusión.(conductas de riego)
- privado de libertad sale con transitoria +padre violento
- Familia disfuncional.
- Vive en Hogar de Inau desde 3 años antes+ Fuga
- No adaptación a separación parental+ stress por nacimiento de hermano+ uso de benzodiacepinas por depresión
- Abuso sexual en niñez+ policonsumo+ prostitución + privación de libertad
- Relación de pareja conflictiva, uso de benzodiacepinas
- Discapacidad, vive solo
- Trabajadora sexual, tres embarazos, tres abortos, uno reciente
- TEC severo por accidente en moto luego de ingesta de alcohol
- Residencia durante dos años en INAU.
- Duelo por muerte familiar + stress laboral
- Enfermedad materna +no referente adulto+ inhala solvente
- Situación de calle+ antecedentes de rapiña y hurto+ consumo.

- Existe dificultad en la accesibilidad a las Historias clínicas.
- Hay un subregistro, no pudiendo relevarse variables propuestas en la investigación, como por ejemplo, antecedentes familiares de suicidio.
- Más de la mitad realizaron consultas en diferentes servicios y más de una vez en el último año, siendo una oportunidad de intervención para la prevención por lo que deberíamos pesquisar síntomas de desesperanza, ideación y planeación suicida en las consultas de control en salud para el carné de salud adolescente. Poniendo especial atención a los adolescentes y jóvenes con enfermedades crónicas y los que tienen diagnóstico de enfermedad psiquiátrica.
- Sería oportuno el registro de los IAE a fin de poder dar seguimiento a los casos contando con protocolo de intervención que se registre en la historia clínica.

Los datos aportados por la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio muestran que en el 2011 cometieron suicidio 83 adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, haciéndolo 86 en el año 2012.

Anexo 2.

Normativa jurídica

La incidencia de factores de orden cultural ha dificultado la adecuación de la praxis a las referidas premisas normativas. La fuerte impregnación en la sociedad de la concepción tutelar que visualiza a los niños como personas incapaces ha posibilitado la pervivencia de prácticas institucionales norma¬tivamente inadecuadas, de las que se derivan -muchas veces- graves vul-neraciones a los derechos de los niños y adolescentes (IDISU, 2012 pág: 24).

Los grandes principios generales del derecho

1) Principio de respeto de la dignidad de la persona humana: Implica considerar a cada una de las personas como un fin en sí mismo. Definición omnicomprensiva que lleva implícito el pleno reconocimiento de todos sus derechos. Igualdad de trato, libertad personal, privacidad, condiciones de decoro material que posibiliten el pleno desarrollo de su personalidad.

2) Principio de igualdad: Todas las personas, sin excepción alguna y sin distinción de ninguna especie, han de gozar de la misma protección a sus derechos. Lo que no obsta a que grupos de personas que se encuentren en situación de particular vulnerabilidad requieran de acciones concretas por parte del Estado, tendientes a brindarles una especial protección, con el objeto de colocarlas en un plano de igualdad efectiva con respecto a las demás personas en el pleno ejercicio de sus derechos.

3) Principio de la libertad de la persona: Las personas tienen un inalienable derecho a decidir por sí mismas respecto de todos los asuntos en que ellas están primordialmente interesadas, a organizar su vida según sus preferencias y deseos, a ser artífices de su propio destino personal. En el caso de las personas menores de edad, este principio tiene su expresión fundamental en el principio de la autonomía progresiva, que se explica más adelante. Debe tenerse en cuenta que solo puede desconocerse este principio cuando objetivamente la persona, por su corta edad, no puede manifestar un consentimiento válido. Estos casos conforman la excepción; la regla a aplicar en la generalidad de las situaciones es la de respeto a la libertad de la persona.

4) Principio del interés superior del niño: Este principio conlleva una consideración primordial de los derechos del niño, en todas las acciones y decisiones de los adultos que afecten a los niños, niñas y adolescentes. Dicho de otro modo: entre el conjunto de intereses involucrados en una situación particular, debe primar el interés del niño, de manera tal que la resolución esté orientada a garantizarle el pleno ejercicio de sus derechos en el presente y en el futuro. Esta preeminencia se deriva de la necesidad de asegurar a los niños las condiciones que posibiliten el más pleno desarrollo de su personalidad desde su más temprana edad. La conculcación o vulneración de un derecho básico durante la infancia de un niño puede afectar el resto de su vida. En el ámbito de la salud, cobra especial importancia el mencionado principio en términos de oportunidad para el pleno desarrollo de sus capacidades.

5) Principio de la autonomía progresiva: Este principio está inspirado en la nueva condición jurídica del niño y del adolescente, por tanto reconoce la calidad de sujeto de derecho, que significa que cada niño o adolescente tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo. Esto se traduce en la definición de una esfera de autonomía personal que se va ampliando a medida que el niño va creciendo, en tanto va desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo. Esto significa que dicha esfera de autonomía resulta mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez (pág: 29-31).
(…) En atención a ello, diversos instrumentos jurídicos internacionales de protección de los derechos humanos le han conferido operatividad al principio de autonomía progresiva, mediante el reconocimiento de la validez y eficacia de las manifestaciones de voluntad de las personas menores de edad en distintos ámbitos. En el área de la salud se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento de las personas menores de edad para la intervención médica toda vez que ello sea posible[14] . Lo que implica, a su vez, garantizarles el acceso a una información adecuada, sin lo cual no podrán manifestar válidamente su consentimiento.
Este reconocimiento de validez y eficacia de las manifestaciones de vo¬luntad de las personas menores de edad importa también el respeto al derecho a la privacidad; derecho que es una de las más trascendentes manifestaciones del principio de la libertad personal.
La autonomía progresiva es la manifestación del principio de la libertad en el ámbito de las personas menores de edad, que se formula atendiendo a que estas van desarrollando progresivamente su capacidad de discernimiento. Por ello, cabe reiterar, la ley les reconoce a los adolescentes mayor autonomía para ejercer sus derechos y asumir las responsabilida-des específicas, porque tienen un mayor grado de evolución de sus facultades intelectuales, que les permiten tomar decisiones por sí mismos sobre aquellos aspectos que les interesan.

6) Principio de participación: Todos los niños y adolescentes tienen el derecho a ser oídos y que su opinión sea debidamente tenida en cuenta en todos los asuntos que los afectan (pág: 32).

Derecho a la salud
Todas las personas tienen derecho a la salud, concebida como el conjunto de condiciones psicofísicas que le aseguren el pleno desarrollo de su personalidad. Lo que se expresa a lo largo del periplo vital, como lo formulara Georges Canguilhem, «"el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano" (físicas, afectivas, intelectuales, sexuales, etc.), desde el recién nacido hasta la adultez joven y como "la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto (…)"».4 Lo que importa a su vez el derecho a acceder al disfrute de los logros tecnológicos alcanzados por el desarrollo científico de la humanidad.

Derecho a la igualdad
Todas las personas, sin excepción alguna y sin distinción de ninguna especie, han de gozar de la misma protección a sus derechos. Lo que no obsta a que grupos de personas que se encuentren en situación de particular vulnerabilidad requieran de acciones concretas por parte del Estado, tendientes a brindarles una especial protección, con el objeto de colocarlas en un plano de igualdad efectiva con respecto a las demás personas que ejercen plenamente sus derechos.
(…) En el ámbito de la salud, esto se traduce como el derecho de las personas de acceder, efectivamente y en igualdad de condiciones, a los servicios de salud y a recibir una atención de calidad (IDISU, 2012, pág: 34).

14 Hay múltiples situaciones en que resulta fácticamente imposible recabar el consentimiento del paciente: porque su estado de salud no le permite expresar su voluntad, dada la entidad de su padecimiento; porque se trata de un niño de corta edad o un adolescente que padece una patología que le priva de sus facultades intelectivas, entre otras.

Derechos fundamentales vigentes en el orden normativo uruguayo

Derecho a la Vida.		
Constitución de la República	CDN	CNA
Artículo 7: Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida (…)	**Artículo 6:** Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.	**Artículo 9:** Todo niño y adolescente tiene el derecho intrínseco a la vida (…)
Derecho a la Salud		
Constitución de la República	CDN	CNA
Artículo 44: El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.	**Artículo 24:** Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado del derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. **Artículo 25:** Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.	**Artículo 9:** Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la (…) salud (…)

Fuente Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud (IDISU, 2012: 38).

Derecho a la Igualdad.		
Constitución de la República	CDN	CNA
Artículo 8: Todas las personas son iguales ante la ley, no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes.	**Artículo 2:** Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.	**Artículo 9:** Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a (…) ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social.

Fuente: Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud (IDISU, 2012 : 39)

Principios generales del derecho reconocidos por la normativa uruguaya.

Principio del interés superior del niño		
Constitución de la República	CDN	CNA
Artículo 72: La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno.	**Artículo 3:** En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.	**Artículo 6:** Para la interpretación e integración de este Código se deberá tener en cuenta el principio el interés superior del niño y adolescente, que consiste en el reconocimiento y respeto de los derechos inherentes a su calidad de persona humana. En consecuencia, este principio no se podrá invocar para menoscabo de tales derechos.

Fuente: Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud (IDISU, 2012 : 42).

Principio de la autonomía progresiva.		
Constitución de la República	CDN	CNA
Artículo 72: La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno.	**Artículo 5:** Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño, de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención. **Artículo 12:** Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afecten al niño, teniéndose debidamente en cuenta la opinión del niño, en función de la edad y madurez del niño.	**Artículo 8:** (Principio general). Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana. Tales derechos serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, y en la forma establecida por la Constitución de la República, los instrumentos internacionales, este Código y las leyes especiales. En todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida. **Artículo 16:** (De los deberes de los padres o responsables). Son deberes de los padres o responsables respecto de los niños y adolescentes: a) Respetar y tener en cuenta el carácter de sujeto de derecho del niño y del adolescente. (…) c) Respetar el derecho a ser oído y considerar su opinión. (…) e) Prestar orientación y dirección para el ejercicio de sus derechos.

Fuente: Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud (IDISU, 2012 : 43).

PRÁCTICA A ERRADICAR

Ejemplos de prácticas conforme a Derecho en la atención a la salud de niños y adolescentes (IDISU, 2012: 68)

SITUACIÓN FÁCTICA

María Laura, de 13 años de edad, es trasladada a un hospital por intoxicación de pasta base. Se le pregunta por sus padres o responsables y ella refiere que no vive con ellos y que pasa la mayor parte de su tiempo en la calle.

Conducta a seguir:

Deberá brindársele la atención de salud adecuada respecto del cuadro de intoxicación que presenta y derivarla al equipo multidisciplinario del centro de salud para que reciba las orientaciones necesarias respecto de su adicción y, en lo que tiene relación con su condición sociofamiliar, deberá derivarse a los servicios sociales del centro de salud o de la comunidad, ya sea organi¬zaciones sociales especializadas en esta problemática o a las instituciones públicas con competencia en la materia.

Fundamento jurídico:

La situación socioeconómica de las personas escapa a la responsabilidad directa de los médicos, si bien tiene evidente repercusión en la salud y el pleno desarrollo de las personas. La atención de dichas problemáticas es cometido de los servicios sociales existentes dentro y fuera de los centros de salud, cuya labor debe orientarse a la promoción de acciones dirigidas a la coordinación de los recursos específicos existentes en la comunidad para la contribución a la solución de los casos de esta naturaleza.
El Estado, por medio de los organismos especializados en la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, desarrolla programas específicos dirigidos a garantizar las condiciones básicas de supervivencia a los sectores más desprotegidos socialmente. Es mediante estos que se debe buscar la solución para las personas que llegan a los centros de salud, y el que debe asesorar y coordinar la vinculación de estas con los organismos específicos son los servicios de asistencia social.
La intervención social debe estar vertebrada y orientada hacia la protección de los derechos. Esto significa que se le ha de garantizar a las personas condiciones de decoro material que les permitan a estas desarrollar su personalidad, ejerciendo efectivamente su derecho a la libertad, lo que en este caso se traduce en la búsqueda de mecanismos de solución a la grave situación de vulneración en sus derechos que padece la adolescente, mediante la protección en sus derechos económicos sociales y culturales y por medio de un proceso que deberá contar con su activa participación, respetando su carácter de sujeto de derecho que deriva de su condición de persona humana (Pág:69).

Prácticas que deben erradicarse

Corresponde identificar algunas prácticas en el área de la salud que deben erradicarse, en atención a que vulneran algunos de los derechos fundamentales de los pacientes menores de edad. Estas están inspiradas en una concepción tutelar, que parten de un supuesto no ajustado a la normativa vigente: el de considerar a los niños y a los adolescentes como objeto de protección, desconociendo su carácter de sujetos titulares de derechos y deberes específicos, por ende, personas que son capaces de ejercer sus derechos por sí mismos conforme van creciendo.
Los adolescentes cuentan con un grado de mayor autonomía que los niños más pequeños para determinarse. Aun así estos son titulares de derechos y habrá que orientarlos y guiarlos en el ejercicio de esos derechos, partiendo del presupuesto del reconocimiento de la validez de sus manifestaciones de voluntad (Pág: 73, Cap. III).

PRÁCTICA A ERRADICAR:

Médico que, contrariando la voluntad de los adolescentes de mantener en reserva la consulta, cita a los padres de estos y los pone en conocimiento de ella, sin que esto esté justificado por razones de riesgo de vida.

Fundamento jurídico:

Dicha praxis debe erradicarse, porque importa la lesión a uno de los derechos más fundamentales: el derecho a la privacidad. Como titular de este derecho, el adolescente tiene la facultad de determinar si quiere o no poner en conocimiento a alguien, inclusive a sus padres, de algún asunto de orden personal. Dicho derecho está protegido por el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 11 inciso 2 de la Convención Americana de los Derechos Humanos, artículo 16 de la CDN, artículo 72 de la Constitución de la República, artículo 11 del cna y artículo 11 del decreto del MSP 274/010.
Resulta muy excepcional la hipótesis de que un niño solicite que se man¬tenga en reserva una consulta, pero corresponde formular algunas consideraciones respecto de la situación que esto generaría.
Los niños también son titulares del derecho a la privacidad. Pero sin perjuicio de ello, cuando de la consulta surja que este ha de seguir un tratamiento, es procedente que los médicos pongan en conocimiento de los padres o responsables, a los efectos de que realicen un adecuado seguimiento del tratamiento, en tanto la complejidad de la situación determine que el niño no pueda, por su edad, comprender la importancia del tratamiento y la magnitud de las consecuencias que puede traer aparejado no realizarlo. En su función de orientar y guiar a sus hijos en el ejercicio de sus derechos, los padres o representantes deberán ser informados a fin de que puedan cumplir con sus obligaciones (Pág: 74).

PRÁCTICA A ERRADICAR (Pág: 75):

Condicionar la atención de un niño a la presencia de un adulto referente.

Fundamento jurídico:

La referida praxis vulnera el derecho a la salud del que son titulares todas las personas, protegido en la CDN, en la Constitución de la República y en el CNA. Toda vez que un niño requiera ser atendido por cualquier servicio de salud, este deberá brindarle la atención adecuada. Del referido derecho surge el deber correlativo del Estado de garantizar el efectivo acceso a una atención de salud de calidad, deber que adquiere mayor intensidad en el caso de los niños, en tanto ellos requieren un plus de protección de sus derechos, atendiendo a su condición de sujetos en desarrollo que determina que cualquier vulneración en sus derechos genere efectos irreversibles que condicionan negativamente su vida y les impida el pleno desarrollo de su personalidad.

Adecuación institucional de las entidades prestadoras de los servicios de salud

Para que el derecho a la salud de las personas se haga efectivo, se requiere, además de una adecuada atención de salud por parte de los médicos, que exista una infraestructura institucional que favorezca la plena efectivización de los derechos. Que garantice también el efectivo acceso de las personas a las consultas generales y especializadas y a la realización de los exámenes médicos en un tiempo razonable, adecuado según estándares de calidad.

En este sentido, cabe destacar el estándar mínimo exigible por el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales[9] en la Observación General 14, acerca de la obligación de los Estados que han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: «En lo que respecta a la salud, el Comité señala que el Estado debe

garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base de no discriminatoria, en especial para los grupos vulnerables o marginados; (…) facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS; (…) velar por la equitativa distribución de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; (…) adoptar y aplicar sobre la base de pruebas epidemiológicas un plan de acción; proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad y adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas»[10] .
Estas recomendaciones forman parte del contenido mínimo de la obligación de los Estados en el ámbito concreto de la salud. Cuando el Estado ha alcanzado niveles superiores a estos mínimos exigibles, no puede adoptar medidas que impliquen un retroceso en el acceso a los servicios, bienes e instalaciones de salud, en base al principio de no regresividad.

Tratándose de personas menores de edad, la singularidad de los usuarios requiere de servicios adecuados a su edad. Los servicios de atención para niños y adolescentes deben ser accesibles: «Esto refiere tanto a la ubicación geográfica como a la claridad de información y los procedimientos (qué necesita y cómo tiene que hacer un adolescente para poder utilizarlos), así como el empleo de un lenguaje apropiado»[11] .

Para asegurar que un servicio de salud sea accesible para los adolescentes, es necesario que el personal médico, técnico y funcionarios del área de gestión administrativa «sean conscientes de las preocupaciones de aquellos y actúen sin prejuicios, respetando la necesidad de confidencialidad que ellos tengan»[12].

Cobra particular importancia el trato que se les dispense a los niños y a los adolescentes, y cómo se utiliza el lenguaje para comunicarse con ellos: se debe recurrir a fórmulas sencillas, comprensibles y confiables.

El funcionamiento de los servicios de atención también debería contemplar la especificidad del público usuario menor de edad y prever horarios de atención en diferentes áreas, de manera de posibilitar el acceso a ellos tanto en la mañana como en la tarde.
Otros cambios que sería deseable que comenzaran a transitar las instituciones de salud están relacionados con la atención diferenciada a los adolescentes al momento de su internación, la que actualmente se realiza en salas de adultos. Siendo conscientes de que cambios de este tipo importan muchas veces modificar estructuras edilicias, por ende dependen de la disponibilidad de recursos económicos de las instituciones, la adecuación

9 El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas es el órgano encargado de realizar el seguimiento del cumplimiento del Pacto por parte de los Estados partes. Uruguay ratificó el Pacto DESC por ley 13751 del 11 de julio de 1969.

10 Extraído de «Los derechos económicos, sociales y culturales. Los Tribunales de Justicia y órganos internacionales de protección de derechos humanos de voluntad política», Julieta Rossi, Coordinadora del Programa de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y docente de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires , publicado en Derechos económicos, sociales y culturales. Ensayos y materiales, coordinadores Octavio Cantón y Santiago Corcuera, editorial Porrúa México y Universidad Iberoamericana, 2004.

11 Extraído de la guía Salud y participación adolescente. Palabras y juegos 3, UNICEF Uruguay, primera edición 2006, página 22.

12. Ibidem

que se propugna desde esta guía, en este aspecto, tiene como finalidad destacar la necesidad de comenzar el proceso hacia una atención diferenciada para los adolescentes, con los recursos existentes y adicionándole algunos cambios en la praxis institucional, como por ejemplo que los adolescentes -aun estando en salas de internación de adultos- puedan ser acompañados por sus referentes adultos sin distinción de género.

Prestaciones y beneficios de Niños y adolescentes.

Referencia a leyes o decretos	Derechos y beneficios otorgados por el snis Prestaciones y beneficios V
(31) Atención a salud mental. Dec. 305/11 del 8.2011.	**(31) Derecho a atención en diversas situaciones vinculadas a salud mental (problemas de aprendizaje, problemas vinculares, depresión y otras patologías, discapacidades, consumos problemáticos, etc.)**
	Modo 1: atención gratuita en grupo (hasta 12 sesiones/año) desde 1.11.2011= niños con dificultades de inserción escolar, niños con indicación de intervención quirúrgica, espacios de intercambio de adolescentes. Acceso modo 1: libre/por derivación. Coordinador de cada grupo entrevista al postulante antes de 15 días. Modo 2: Atención individual, grupal o familiar (hasta 24 sesiones/año) desde 1.9.2011, con copagos = niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje y con problemas situaciones y/o adaptativos, con intervenciones quirúrgicas complejas y con iae. Modo 3: Atención individual o grupal (hasta 48 sesiones/año o hasta 144 en caso de discapacidad física/mental o trastorno del espectro autista), desde el 1.9.2011, con copagos = niños con dificultades de aprendizaje específicas, situación de abandono, violencia sexual o familiar, discapacidad física/mental y trastorno espectro autista, consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base), trastornos disruptivos, del humor y de ansiedad. Acceso modo 2 y 3: propia iniciativa, por derivación médica o derivación de coordinadores de grupo modo 1; por entrevista de Comité de Recepción, no más de 30 días (salvo iae no más de 48 horas). Luego hay plazo de 30 días más (salvo iae) para iniciar prestación.

Fuente: Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud, IDISU (2012: Anexo 20)

Anexo 3.

Tasas de suicidio cada 100.000 hab. según Departamentos (2010-2012).

Departamento	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Rivera	8	8,7	11,6
Colonia	16,5	17,0	15,4
Montevideo	13,8	11,4	13,7
Paysandú	9,5	16,8	12,4
Canelones	14,8	15,0	18,3
Cerro Largo	18,7	13,0	14,2
Salto	17,1	17,6	20,0
Río Negro	21,2	16,4	11,0
Artigas	15,1	21,8	19,1
Durazno	20,9	21,0	14,0
San José	16,3	22,2	24,0
Soriano	19,4	24,2	20,6
Tacuarembó	16,5	15,5	24,4
Flores	19,4	16,0	31,9
Maldonado	20,3	28,0	19,5
Florida	15,5	29,8	22,4
Rocha	28,4	25,0	22,0
Treinta y Tres	20,2	43,6	35,3
Lavalleja	33,9	39,1	25,3

17 o menos

De 18 a 24

25 o más

Fuente: Programa Nacional de Salud Mental (MSP, 2013)

Anexo 4.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental y dentro de las prioridades previstas para esta administración, se propone entre otras medidas, priorizar la Salud Mental con la creación del "Plan Nacional de Prevención del Suicidio" (2011-2015), para disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya.

El Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay (2011-2015) da respuesta a un problema de salud pública complejo y multicausal como es el suicidio, dejando en evidencia la necesidad de abordar el tema desde enfoques interdisciplinarios e intersectoriales que permitan comprender en profundidad el problema y aportar soluciones.

Propósito

Contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de toda la población uruguaya a nivel país, teniendo en cuenta las particularidades territoriales.

Ejes estratégicos

1. Organización de la Atención Integral en Salud Mental
2. Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red
3. Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.
4. Formación, capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.
5. Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidios.

Avances del Plan según ejes

- Eje 1 atención integral en salud
- Fundamentación
- En Más de un 90% de los suicidios se puede identificar un trastorno psiquiátrico según el DSM IV (2005).
- Ampliación de prestaciones en salud mental

Modo 1 del plan de nuevas prestaciones

Prevención – grupal, gratuito
-Grupos para familiares o referentes afectivos de personas con IAE .
-Grupos para familiares o referentes afectivos de personas con muerte inesperada.

Modo 2:

IAE: abordaje psicoterapéutico (48 sesiones anuales)

-Atención antes de las 48 horas
-Referente /Dispositivo grupal
-Seguimiento durante 6 meses

Decreto que asegura la atención integral en salud mental a todas las personas con IAE
-Asegurar el seguimiento de 6 meses de todas las personas con IAE

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Eje 1: Avances
En proceso:

- Protocolo de seguimiento de las personas con IAE
- Ampliación de prestaciones para prevenir el suicido
- Organización de servicio de atención telefónica de contención y derivación 24 horas, obligatorio para los prestadores

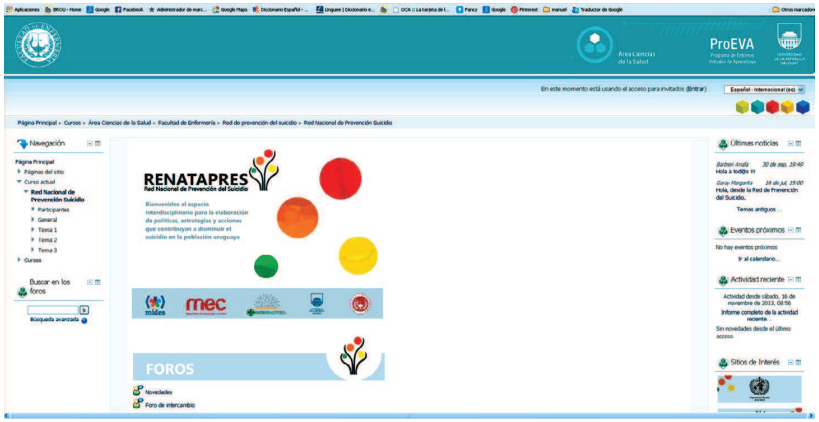
Eje 2 Construcción de intersectorialidad y trabajo en red

Avances

- Visitas a Departamentos-participación en mesas interinstitucionales
- Fundación de la Red Nacional de Prevención del Suicidio

Espacio virtual para recibir y brindar información, contribuir a la capacitación de recursos / generar un mapa de actores y contactos a nivel territorial

- Acuerdo con la Facultad de Enfermería- UDELAR para la construcción y gestión del portal



Eje 3-Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.

Objetivo

- Sensibilizar a la comunidad sobre la promoción de salud mental, la consulta oportuna y la no estigmatización de los trastornos mentales
- Promover agentes multiplicadores para la promoción de la salud mental la prevención y prevención del suicidio.

Eje 4-Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.

Objetivos

Mejorar la formación de los recursos humanos en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con riesgo suicida.

Eje 4: Avances

Cursos de capacitación en detección y manejo de la conducta suicida
Amplia participación:

- Profesionales de la Salud de ASSE y mutualistas
- Profesionales Educación
- Comunicadores
- Otros profesionales
- Personal Administrativo

Eje 5: Desarrollo e implementación del Sistema nacional de Información en IAE y suicidio

Avances

- Diseño y testeo de ficha de registro obligatorio de IAE
- Decreto de registro y notificación obligatoria del IAE en todos los prestadores públicos y privados que permite seguimiento epidemiológico y monitoreo de la atención en salud mental de los usuarios con IAE

Registro y notificación obligatoria del Intento de Auto-Eliminación

Objetivo general

Implementar un sistema de registro y notificación obligatorio de los IAE para to-

dos los prestadores de salud del ámbito público y privado, que permita disminuir la incidencia de los IAE y suicidios del país.

Objetivos

A nivel asistencial

- favorecer la detección, tratamiento y seguimiento de los usuarios con IAE

A nivel epidemiológico.

- Desarrollar un sistema de vigilancia y monitoreo epidemiológico nacional que provea de insumos para el diseño de políticas y programas en el abordaje de los IAE y suicidios.

Ficha-registro de IAE
Definición IAE

Siguiendo las orientaciones de OMS (1976) y los consensos de equipos sanitarios a nivel país así como, lo establecido en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay(2011-2015).

- " Se considerará caso de intento de Autoeliminación : todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de salud"

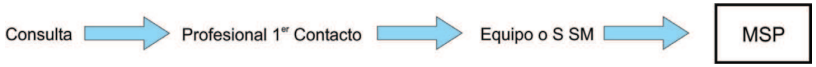
FRO-IAE

La ficha deberá ser completada:

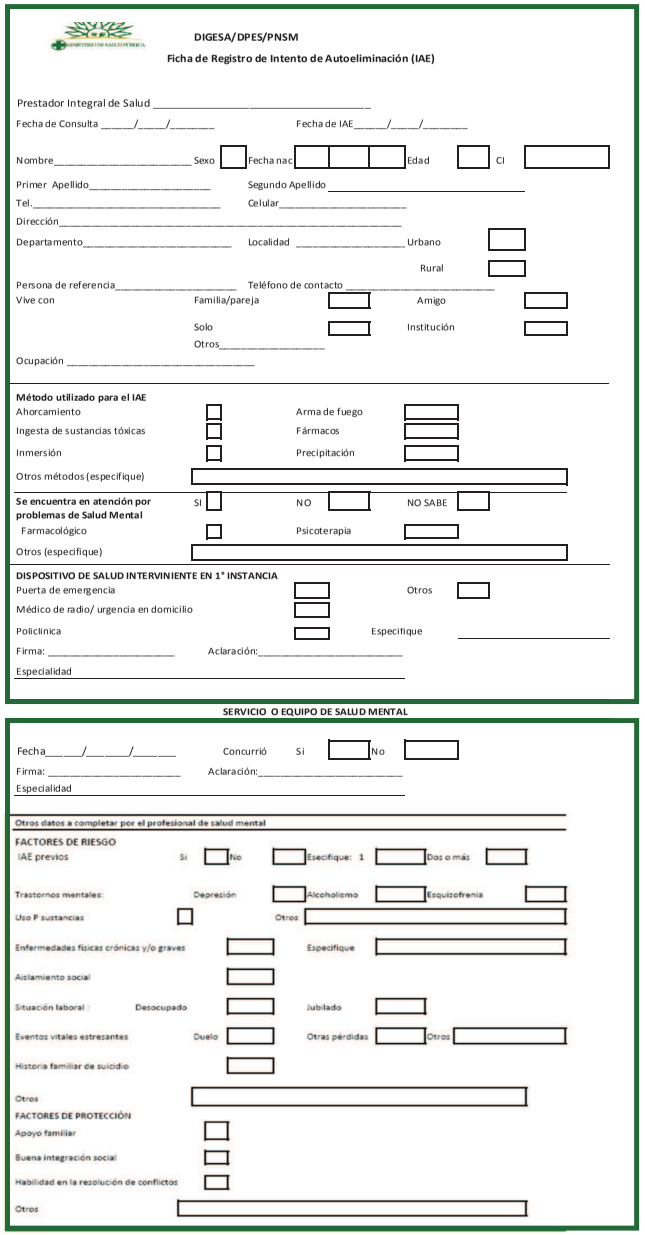
- Por el profesional que brinde asistencia en el servicio de salud interviniente en 1° instancia

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 equipo o servicio de salud mental - los datos que le corresponden



Anexo 5.
Ficha de Registro Obligatoria de IAE (FRO-IAE)



DIGESA/DPES/PNSM

Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)

Prestador Integral de Salud _____

Fecha de Consulta _____/_____/_____ Fecha de IAE_____/_____/_____

Nombre_____ Sexo ☐ Fecha nac ☐☐☐ Edad ☐ CI ☐

Primer Apellido_____ Segundo Apellido _____

Tel._____ Celular_____

Dirección_____

Departamento_____ Localidad _____ Urbano ☐

Rural ☐

Persona de referencia_____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja ☐ Amigo ☐

Solo ☐ Institución ☐

Otros_____

Ocupación _____

Método utilizado para el IAE

Ahorcamiento ☐ Arma de fuego ☐

Ingesta de sustancias tóxicas ☐ Fármacos ☐

Inmersión ☐ Precipitación ☐

Otros métodos (especifique) ☐

Se encuentra en atención por problemas de Salud Mental SI ☐ NO ☐ NO SABE ☐

Farmacológico ☐ Psicoterapia ☐

Otros (especifique) ☐

DISPOSITIVO DE SALUD INTERVINIENTE EN 1° INSTANCIA

Puerta de emergencia ☐ Otros ☐

Médico de radio/ urgencia en domicilio ☐

Policlínica ☐ Especifique _____

Firma: _____ Aclaración:_____

Especialidad _____

SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha____/_____/_____ Concurrió Si ☐ No ☐

Firma: _____ Aclaración:_____

Especialidad _____

Otros datos a completar por el profesional de salud mental

FACTORES DE RIESGO

IAE previos Si ☐ No ☐ Especifique: 1 ☐ Dos o más ☐

Trastornos mentales: Depresión ☐ Alcoholismo ☐ Esquizofrenia ☐

Uso P sustancias ☐ Otros ☐

Enfermedades físicas crónicas y/o graves ☐ Especifique ☐

Aislamiento social ☐

Situación laboral : Desocupado ☐ Jubilado ☐

Eventos vitales estresantes Duelo ☐ Otras pérdidas ☐ Otros ☐

Historia familiar de suicidio ☐

Otros ☐

FACTORES DE PROTECCIÓN

Apoyo familiar ☐

Buena integración social ☐

Habilidad en la resolución de conflictos ☐

Otros ☐

Instructivo de Ficha de Registro

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.
UsoPsustancias : 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 .

Resolución de obligatoriedad del registro de IAE

BICENTENARIO DE LAS INSTRUCCIONES DEL AÑO XIII

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 27 SET. 2013

VISTO: la Ordenanza Ministerial N° 801 de 26 de diciembre de 2012;

RESULTANDO: I) que por dicha Ordenanza, se dispuso que la notificación de los intentos de auto eliminación será de carácter obligatorio para todos los prestadores de salud del ámbito público y privado;

II) que en el numeral 2°) de la presente Resolutiva se establécese que la notificación se realizará mediante el llenado de la Ficha de Registro Obligatorio, en un sistema de registro online que forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, que figura en el Anexo adjunto y forma parte integral de la presente Ordenanza, modificando la "Ficha de Registro de Intento de Auto eliminación (IAE)", el cual se adjunta como correspondiente instructivo de llenado de la Ficha de Registro Obligatorio, que forma parte integrante de la presente Ordenanza;

CONSIDERANDO: que la Dirección General de la Salud estima pertinente ajustar el texto del numeral 2°) de la mencionada Ordenanza;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
R E S U E L V E:

1°) Modificase el numeral 2°) de la parte resolutiva de la Ordenanza Ministerial N° 801 de 26 de diciembre de 2012, el que quedará redactado de la siguiente manera: "2°) "Establécese que la notificación se realizará mediante el llenado de la Ficha de Registro Obligatorio, envío mensual del reporte, según planilla enviada por el Ministerio de Salud Pública, a la dirección electrónica.

Anexo 6.

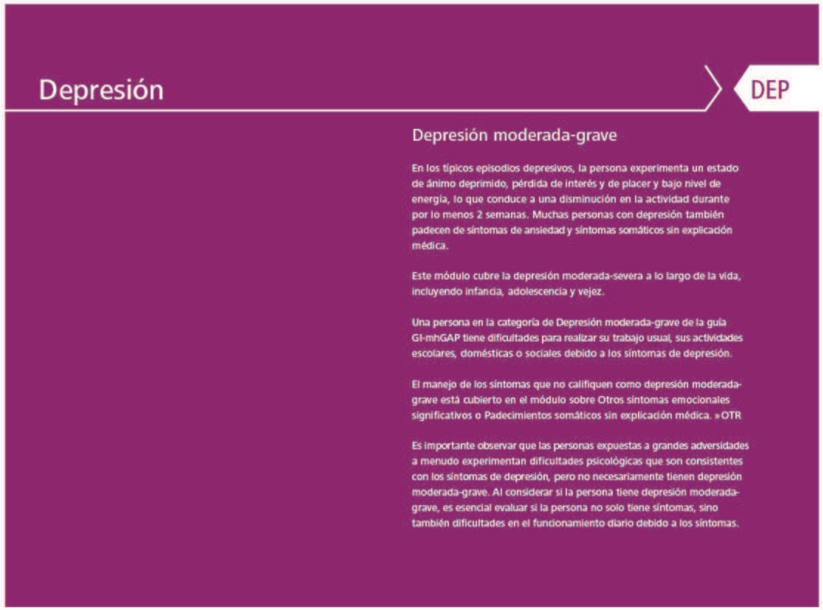
El presente cuadro permite relacionar los principales aspectos de sintomatología depresiva en función de tres niveles de gravedad (bajo-moderado, severo, grave). La categoría de gravedad señalada más veces determinará el estado de ánimo general de la persona.

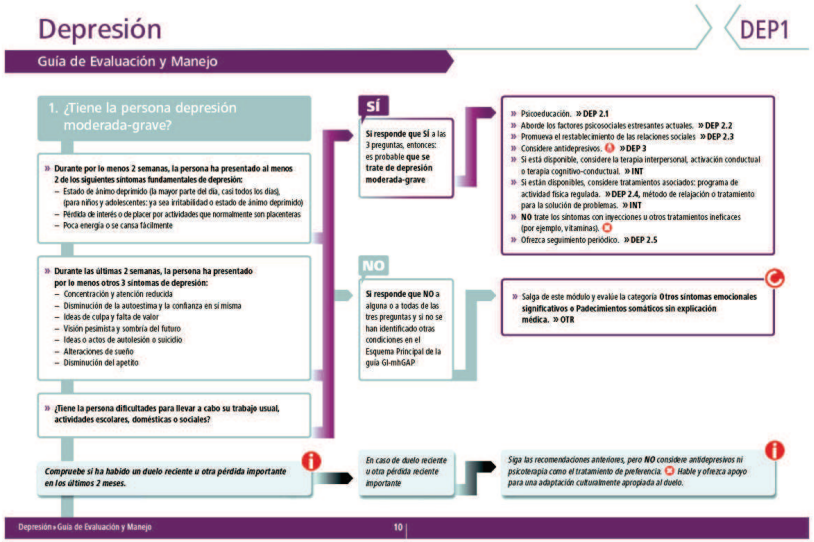
Gravedad de los síntomas depresivos

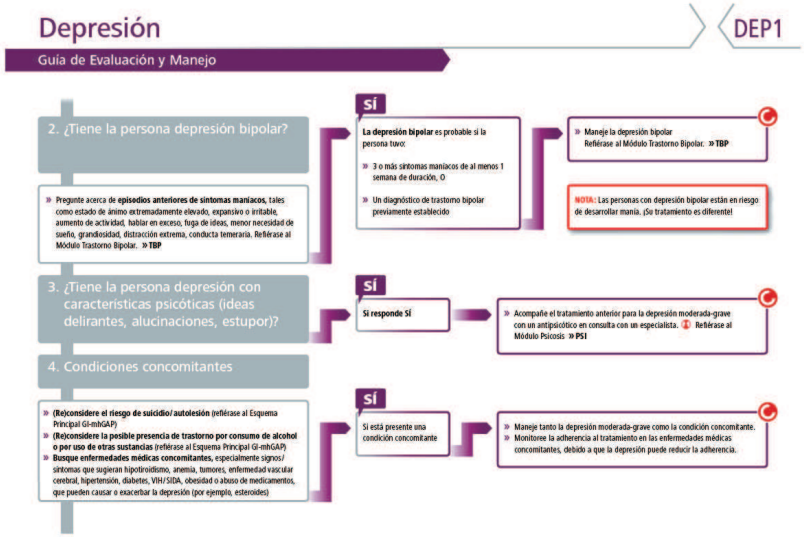
Dimensiones estado de ánimo depresivo	Nivel Bajo-Moderado	Nivel Severo	Nivel Grave
Estado de ánimo general	Triste, melancólico	Llanto frecuente	Profunda desesperación
Pérdida de interés	Rechaza intereses habituales	Realiza pocas actividades, productividad reducida	Rechaza cualquier actividad de divertimento y muy pocas actividades obligatorias
Rechazo social	Descuida quedar con amigos y actividades sociales	Evita activamente contacto social	No responde al entorno social
Desesperanza	Se pregunta si es posible una mejora	Se muestra bastante pesimista sobre el futuro	No ve futuro para sí mismo, con los otros, en el mundo, etc.
Problemas de sueño	Dificultades para dormir, descansar, se levanta	Se levanta pronto por la madrugada y no se puede volver a dormir	Apenas duerme
Lentitud	Pensamiento, discurso, actividad lenta y falta de energía	Apatía	Completo estupor
Cambios en el apetito	Poco o excesivo apetito	Pérdida de peso	Deja de comer o incrementa notablemente su peso
Síntomas físicos	Indigestión, gases, pesadez, etc.	Palpitaciones, dolores de cabeza, dificultades de respiración	Síntomas físicos muy intensos e interfirientes con su vida
Plano sexual	Pérdida de interés en el sexo	Problemas menstruales, disfunciones sexuales	Problemas menstruales, y sexuales muy intensos e interfirientes con su vida
Cambios en estado de ánimo	Mismo estado de ánimo durante el día, pero cambiante entre días	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y pobre concentración	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y nula concentración
Concentración /plano cognitivo	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc.	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc. y deja de hacerlo	Pensamiento desordenado, despersonalización, desrealización
Preocupación por la salud	Preocupaciones leves y espontáneas sobre la salud	Preocupación por la salud frecuente	Conductas hipocondríacas y delirios
Culpa	Autoreproches	Percibe depresión como castigo	Delirios de culpa
Ansiedad	Inquieto, tenso, irritable	Miedoso, preocupado, preocupaciones sobre aspectos triviales	Muy agitado
Sentimientos de suicidio	Siente que la vida no vale la pena.	Considera el suicidio.	Planea o intenta suicidio.

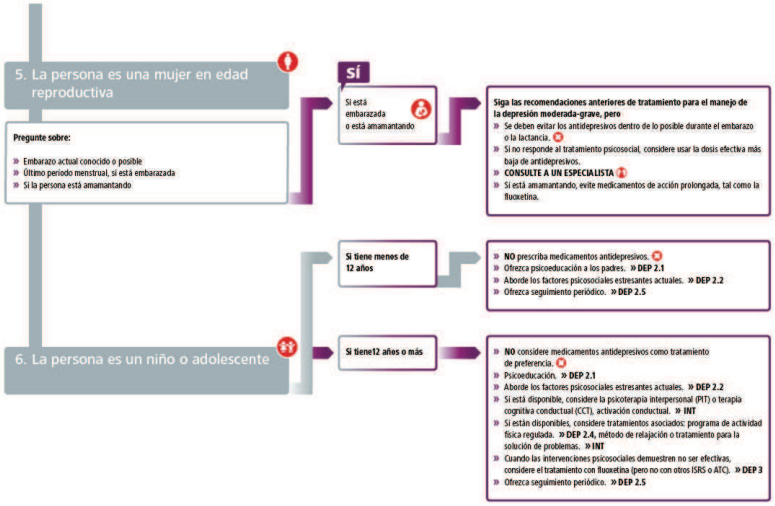
Fuente: Adaptado de Palmer (2007)

Criterios de Depresión moderada a grave según OMS





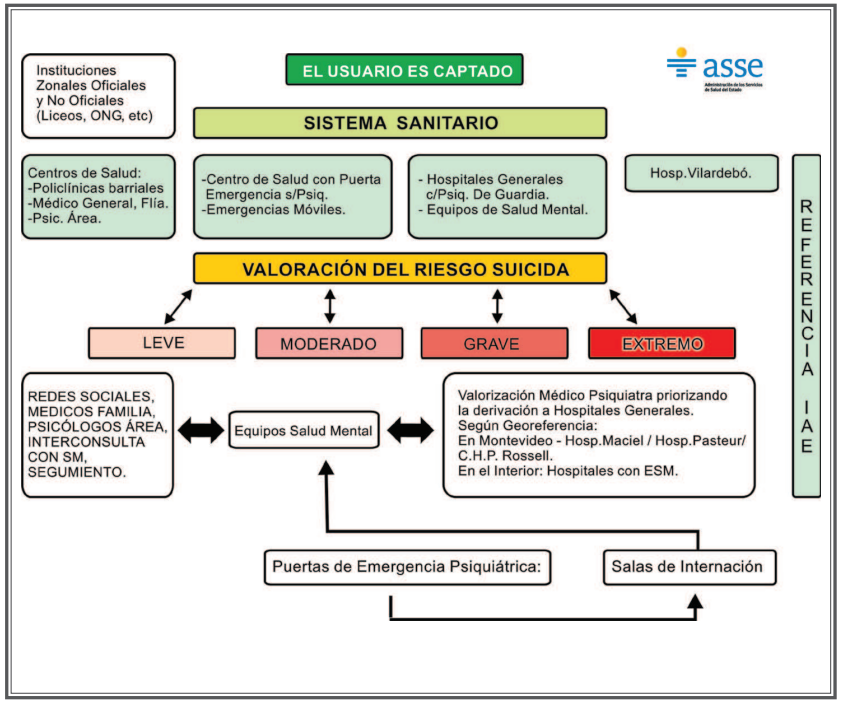




Fuente: OMS (2011:12)

Anexo 7.

MAPA DE RUTA DE ASSE SEGÚN VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA DETECTADO



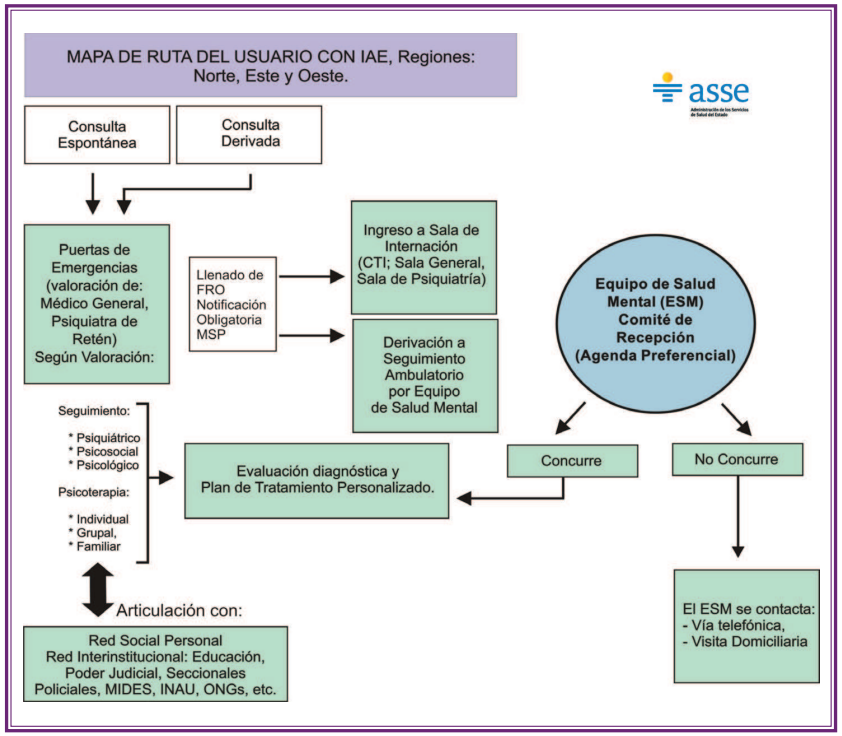
Los Criterios de clasificación del Riesgo suicida de ASSE siguen las pautas de la Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conducta Suicida del MSP (2007:8).

Anexo 8.

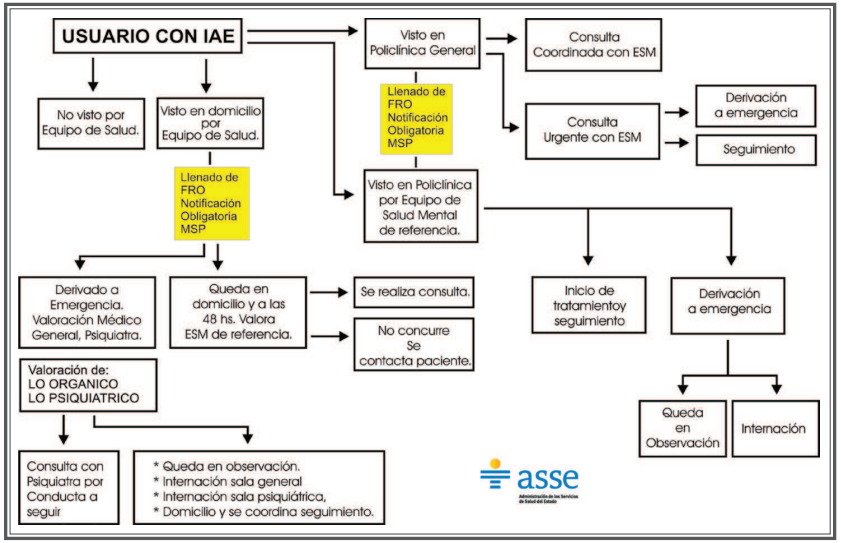
MAPAS DE RUTA DE ASSE PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS CON IAE

La propuesta de flujograma que se exponen a continuación son representativos de lo definido en cada departamento que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud con base Regional (RISS-R) de ASSE y constituyen un modelo posible de referencia.
El objetivo es visualizar mecanismos y rutas de acceso dentro de la red asistencial teniendo en cuenta que se trata de procesos dinámicos y sujetos a la realidad local en términos de infraestructura y dotación de recursos humanos.

Mapa de Ruta de usuarios con IAE de las Regiones: Norte, Este y Oeste del país.



Mapa de Ruta de usuarios con IAE de la Región Sur.



Anexo 9.

Programa Niñez y Adolescencia de ASSE

Espacios de Salud Adolescente

El Espacio Adolescente es un espacio diferencial de atención y promoción de la salud para la asistencia integral de la población adolescente.
Cumple con los criterios de calidad establecidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud del Ministerio de Salud.
La intervención pone especial énfasis en la realización de los controles anuales de salud, de las y los jovenes por parte de equipos técnicos de diferentes especialidades; atendiendo asi mismo aspectos significativos para esta etapa vital como lo es la salud sexual y reproductiva.
Se trabaja con enfoque de derechos, genero y confidencialidad. Privilegia la promoción de hábitos saludables, la participación activa de las y los adolescente en coordinación con otras instituciones de la comunidad.
En el marco del desarrollo de estas acciones se brinda a este grupo etario el Carné de Salud Adolescente tal cual lo indica la normativa vigente.

Distribución de Espacios Adolescentes en la Red Asistencial de ASSE a nivel país.

Espacio Adolescente	Direcciones	Teléfonos	Horarios
Centro de Salud Giordano	San Martín 3797 entre República de Chipre y Alejandría	2153270 2161089	Martes de 13 a 18 hrs.
Centro de Salud Jardines del Hipódromo	Malinas 3893 esq. Libia	25143686	Martes y jueves de 11 a 17 hrs.
Centro de Salud La Cruz de Carrasco	Juan Agazzi 2735 esquina Cno. Carrasco	25225169	Jueves 8 a 18 hrs.
Centro de Salud Maroñas	José M Guerra 3510 esq. José Shaw	25146967	Jueves de 7 a 17 hrs.
Centro de Salud Piedras Blancas (Anexo Centro)	José Belloni 4602, esq Clemente Ruggia	22275295	Jueves de 12.30 a 16.30 hrs.
Piedras Blancas Policlínica Artigas	Cn. Capitán Peterossi 5185 entre Instrucciones y Cn. La Cabra	2224802	Miércoles 12.30 a 17 hrs.
Piedras Blancas Policlínica Nuevo Capra	15 de enero s/n esq Bisio	----------	Lunes de 11 a 13 hrs.

Espacio Adolescente	Direcciones	Teléfonos	Horarios
Piedras Blancas Policlínica Toledo Chico	Cn.Toledo Chico 5952 entre Avda. Instrucciones y Cno. La Cabra	2221161	Jueves de 9 a 12 hrs.
Centro de Salud Sayago	Cn. Ariel 5018 entre Gorlam y la Vía	23552796	Martes de 8 a 16 hrs.
Centro de Salud Coordinado del Cerro	Local APEX Cerro: Haití 1606	23148694	Lunes y jueves de 15 a 19 hrs.
Centro de SaludSaint Bois	Cno. Fuquet S/N Hospital Saint Bois	23228080 int 178	Jueves de 13 a 18 hrs.
Centro de Salud Unión	Vicenza 2815	25112408 25148263	Jueves de 8 a 18 hrs.
Centro de Salud Ciudad Vieja	25 de Mayo 183	2917 0074	Jueves 8 a 12 hrs. Viernes de 14 a 18 hrs.
Centro de Salud Misurraco Ruben Alonso (Cacho)	Timbúes 3571 Esq. Aparicio Saravia.	221 16 5 91	Turno Matutino de 9 a 12hs Turno Vespertino de 14 a 17.
Centro de Salud Misurraco Policlínica “Los Reyes”	Matilde Pacheco Pje. A Solar 35.	22 20 09 29	Martes de 8 a13hs
Centro de Salud Misurraco Policlínica “Padre Cacho”	San Martin Esq. Bertani	221 6 05 97	Miércoles de 13 a 17hs.
Artigas Ciudad	Chile 1261 entre Argentina y Brasil	477 2426	Jueves de 13 a 18 hrs. Martes de 9 a 12 hrs Viernes de 9 a 12 hrs.
Artigas- Bella Unión	Artigas 18 de Julio esq. Ansina	47726009	Lunes y jueves de 7 a 13 hs. Martes 8 a 12 hrs.

Espacio Adolescente	Direcciones	Teléfonos	Horarios
Melo	Mata esq. Colon s/n- Centro de salud	464 32472	jueves 11.30hs Viernes 10hs.
Durazno	Centro de Salud de Durazno Eusebio Pérez esq.18 de Julio	43622984	Martes de 8 a 13hs.
Flores	Centro de Salud Trinidad Manuel Irazábal y Lavalleja	43644211	Martes de 13 a 18hs.
Florida			
Lavalleja Minas	Calle 68 y Santiago Vazquez	44427456	Lunes de 9 a 12 hrs. Miércoles 10.30 a 12 hrs. Jueves 8.30 a 10.30 hrs.
Maldonado	Policlínica Elisa Calle 15 esq. Zitarrosa	44232333	Jueves 13 a 19 hrs.
Paysandú	Lucas Píriz 1425 esq. Cerrito	------	Lunes 16 a 18 hrs. Martes 10 a 12 y de 14 a 17 hrs.
Rivera	Calle 1825 Nº 531 entre Mons. Vera y Carámbula	462 32979	jueves de 14 a 18 hs.
Salto	UBA N° 1 Lavalleja 1902 esquina Patulé	47332929	Viernes de 7 a 13 hs

Espacio Adolescente	Direcciones	Teléfonos	Horarios
Salto	UBA N° 2 Salón Comunal Complejo Guaviyu Yatay	47322845	Miércoles de 7 a 12hrs
Salto	UBA N° 6	----------	Miércoles de
Salto	UBA N° 7 Julio Delgado y Diego Lamas	47323721	Miércoles de 13 a 17 hrs
Salto	Zona Valentín RUTA 31 Km. 80 Policlínica Valentín	47324786	Lunes a viernes de 8 a 12 hs.
San José Ciudad del Plata	Km. 26 Ruta 1 vieja Manzana 71, Solar 7	---------	Lunes de 12 a 16 hrs. Martes 12 a 13 hrs Miércoles 10 a 16 hrs. Jueves 12 a 16 hrs. Viernes 9 a 13 hrs.
Soriano	Policlínica Paul Harris-Mercedes Ansina s/n esq. Magnone		Miércoles de 15 a 18 hs.
Rio Negro	Centro de Salud Fray Bentos18 de Julio e Ituzaingó	Tel. 45622280	Lunes a Viernes de 8 a 12 hs.
Tacuarembó	Treinta y Tres Nº 444 esq. Lorenzo Carnelli	46324443	Jueves de 8 a 18 hs. Control de embarazo 8 a 12 .
Treinta y Tres	Centro de Salud Bolívar Ledesma Pablo Zufriategui 1362	44552101	Jueves de 13 a 16hs.

Espacio Adolescente	Direcciones	Teléfonos	Horarios
En CANELONES			
Pando	Manuel Quintela S/N	22920623	Miércoles de 9 a 15 hs
Extensión Policlínica de Salud Mental	Artigas 1180	22928125	Miércoles de 14 a 16 hrs. jueves de 8.30 a 15 hrs. viernes 8 a 13 hrs.
Salinas	Avda Julieta s/n esq Yaguareté, km 38	437 68181	Viernes de 14 a 19 hs
Las Piedras	Comedor Barrio Obelisco Calle San Luis	------	Lunes, miércoles y viernes de 17 a 20 hrs. Se les Brinda merienda
Hospital de Las Piedras	Espínola esq. 25 de mayo	23640284/91	Miércoles 16 a 19 hrs.
Pol. El Dorado	Avda. El Dorado y Reconquista	------	Martes 10 a 14 hrs. 12.30 a 14 hrs.
Centro de Salud La Paz	Emilio Andreón s/n y Garibaldi	23622486	Lunes 15 a 19 hrs.
Empalme Nicolich	Ruta 101 km. 22	26839586	Viernes de 10 a 15 hs
Barros Blancos	Policlínica Villa Manuela	------	Lunes 8 a 12 hrs.
Autódromo	Gavea s/n esq Ruta Interbalnearia km 28	26983804	Jueves de 10 a 14hs

Anexo 10.

Coordinación Interinstitucional ASSE-SIPIAV

En relación a la coordinación Central del SIPIAV, en representación de ASSE participá el Centro Hospitalario Pereira Rossell Pediatríco realizando las coordinaciones en todas las situaciones que ameriten desde los equipos locales de SIPIAV al Hospital y para la contrareferencia para la derivación desde el 2do y 3er Nivel de Atención a las Policlínicas Periféricas.
Sistema Integral de Atención a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV).
La atención a la violencia requiere de mecanismos interinstitucionales que permitan brindar una atención integral a los niños, niñas y adolescentes.
En cada territorio estas coordinaciones se realizarán en los Comité de Recepción Local, el que estará integrado por operadores del Sistema Infancia y Adolescencia que cuenten con el aval institucional y recepciona las situaciones de violencia, realiza una primera evaluación de las mismas y organiza una estrategia de trabajo.

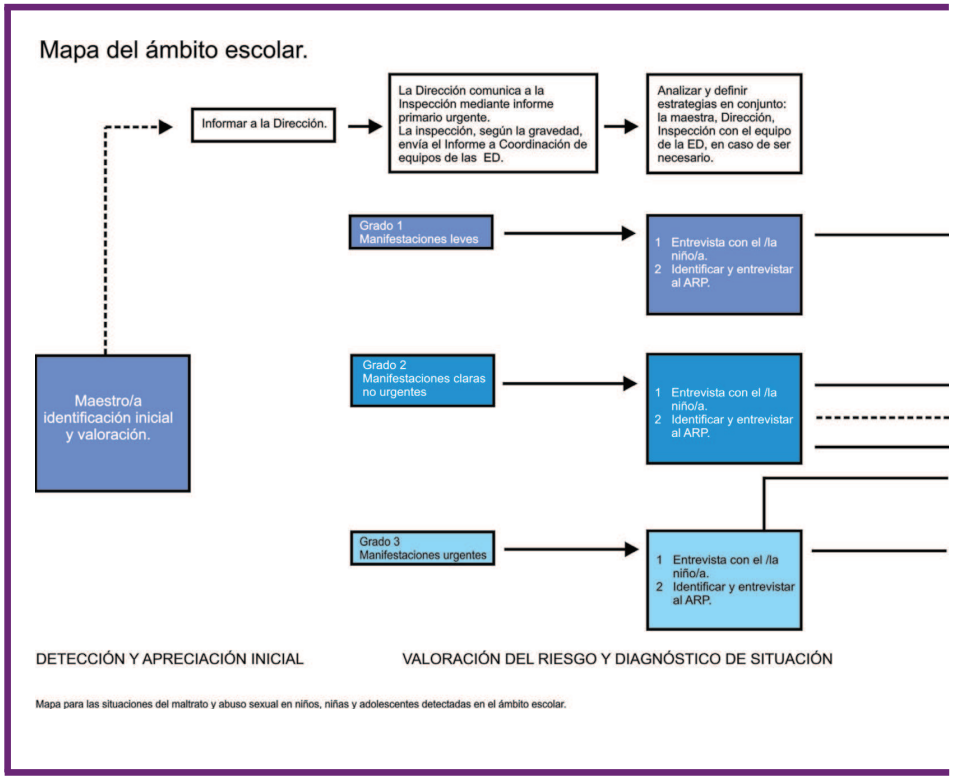
Comités de Recepción Local.

Departamento	Lugar	Días y horas	Personas de contacto
Lavalleja	Minas - Dir. Dptal. INAU	1er y 3er. Lunes	Bettina Casas
Florida	Florida - CED INAU (a veces varia)	4to. Martes	Ma. Gabriela Marizcurrena.
Colonia	Nueva Palmira - Centro MEC	3er. Miércoles	Verónica Banchero
San José	Ciudad del Plata - Oficina territorial MIDES	3er. Jueves	Rosario Rodriguez Sindia Zadowoznicz
Flores	Trinidad - MIDES	4to. Viernes	Cristina García
Durazno	Durazno - Dir. Dptal. INAU	4to. Lunes (varía)	Angela Rodriguez
Rocha	Rocha -MIDES o Club de Niños San José	2do. Martes	Karina Goitia
Soriano	Mercedes Dolores Red de Derechos	Jueves cada 15 días atención a situaciones 9-11hs Cada 15 días sensibilización y capacitación 11-13hs Martes (un martes por mes, rotativo, se fija en cada reunión) 13-15hs.	Carolina Silva Dorís Urán doris.uran@gmail.com

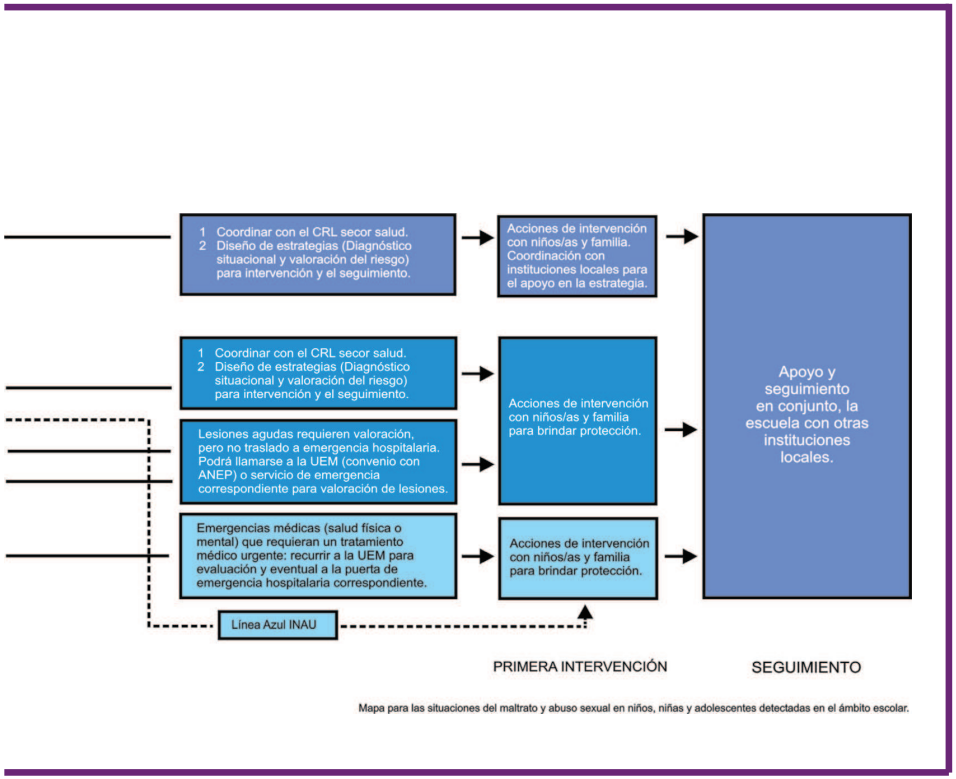
Departamento	Lugar	Días y horas	Personas de contacto
Rio Negro	Fray Bentos Young	Miércoles 13-15hs Se está armando Una vez por mes 11-2:30hs.	Mónica Guelman mguelman@femi.com.uy Patricia
Paysandú	Paysandú	Se reúne el tercer martes del mes 8-10hs	Liliana Massa o Victoria Amabile
Salto	Salto	Se reúne a solicitud cuando hay situaciones para abordar, se realiza red focal.	
Artigas	Artigas	Cuarto miércoles del mes - 8-10hs	Marcia Tarragó
	Bella Unión	Primer martes de cada mes de 12-15 hs.	Natalia Torrens
Canelones	Barros Blancos - Salvador Allende	Miércoles 9:30 hs.	Centro Referencia INAU
	Salinas - Lugar varía	Primer Viernes 9:30 hs.	Dir. Regional INAU Nuber Pereira
	Empalme Nicolich - SOCAT	Ultimo viernes del mes 15hrs.	INAU Natalia Muñoz
	Paso Carrasco - Centro Vecinal	Segundos miércoles del mes 13-30 hs.	INAU Gabriela González
	Pinar Norte - lugar rotativo	Tercer jueves del mes 13hrs.	INAU Diego De Pedro
Maldonado	Piriápolis - Casa de la Cultura	Primer lunes del mes 9-30hrs.	INAU Yenny Lara y Verónica González
	Maldonado - Cerro Pelado en Centro Diurno INAU.	Se convocó a primer reunión para el 30/8 13hs.	Verónica González.
Montevideo	Manga - lugar rotativo	Tercer lunes del mes 10hs.	Silvia Copello, Psic INAU Emmanuela Larrea.
Rivera	Rivera - INAU	Fechas son a confirmar	Ps. INAU Miriam Ospitaleche y Mtra. INAU Rosario Vargas.

Anexo 11.

Mapa de Ruta para situaciones de Maltrato y Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito escolar (CEIP)

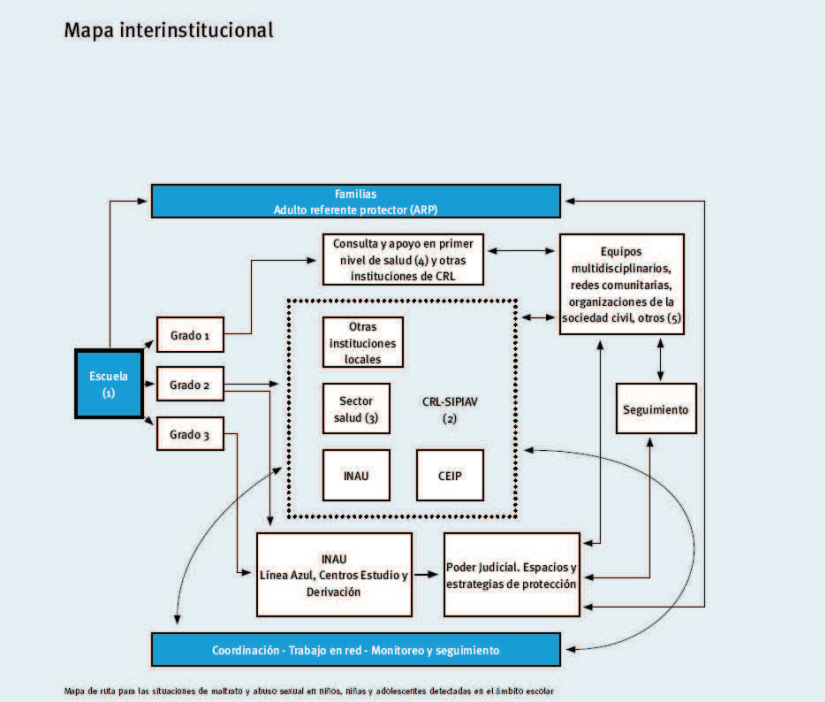


Mapa de Ruta para situaciones de Maltrato y Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito escolar (CEIP)



Fuente: CEIP (2013:58-59)

Mapa de Ruta para situaciones de Maltrato y Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito escolar (CEIP)



Fuente: CEIP (2013:60)

ANEXO 12

La derivación no significa desvinculación, sino justamente se apela a la organización de un plan interinstitucional para trabajar desde las especificidades complementando la estrategia.

Quien identifica la situación no debe ser responsabilizado de encontrar una solución, pero sí debe involucrarse para pensar y acompañar el diseño de la estrategia de intervención y seguimiento.

- El **abordaje en red** es indispensable para que cada institución desde su especificidad logre complementar una estrategia integral de intervención.

- Es esencial tener en cuenta la **particularidad de cada situación** para determinar el camino a seguir considerando las orientaciones generales que se presentan en el documento "Situaciones de Violencia Doméstica en Adolescentes. Protocolo para enseñanza media".

CODICEN
Dirección de Derechos Humanos
Canelones 1055 / ap.904
9085743/ previodom@gmail.com

Criterios generales de atención a situaciones de violencia doméstica detectadas en los centros educativos. (Pagina 47 del Protocolo)

- La revelación de una situación de violencia doméstica del adolescente debe ser **siempre** considerada y atendida. **Debemos creer en el relato.**

El relato del adolescente es confidencial.

Hay que evitar comunicaciones detalladas del incidente a otros adultos o adolescentes. Buscamos la forma de transmitir esos datos a través de un informe al equipo que atienda la situación, sin revictimizarlo al exponerlo/la a relatar varias veces aspectos dolorosos de la experiencia vivida.

Nunca hacerse cargo en solitario del abordaje de estas situaciones.

Son experiencias para ser pensadas contando con el apoyo de la red comunitaria, conformando un **"Equipo de Trabajo"**. El **"Equipo de Trabajo"** estará integrado por las personas que puedan hacerse cargo de la situación en la institución, por lo que puede variar de una situación o institución a otra, pero siempre lo integrará: el docente receptor, el propio adolescente, el adulto referente, el Director, profesores con perfiles adecuados para la intervención y el Equipo Técnico si se cuenta con él.

Es necesario pensar juntos estrategias y coordinar su ejecución.

La variada gama de respuestas no significa que cada cual hará lo que mejor le parezca y siguiendo criterios personales.

Es fundamental incluir al adolescente víctima de esta situación en el diseño de la intervención.

Es necesario identificar un adulto referente.

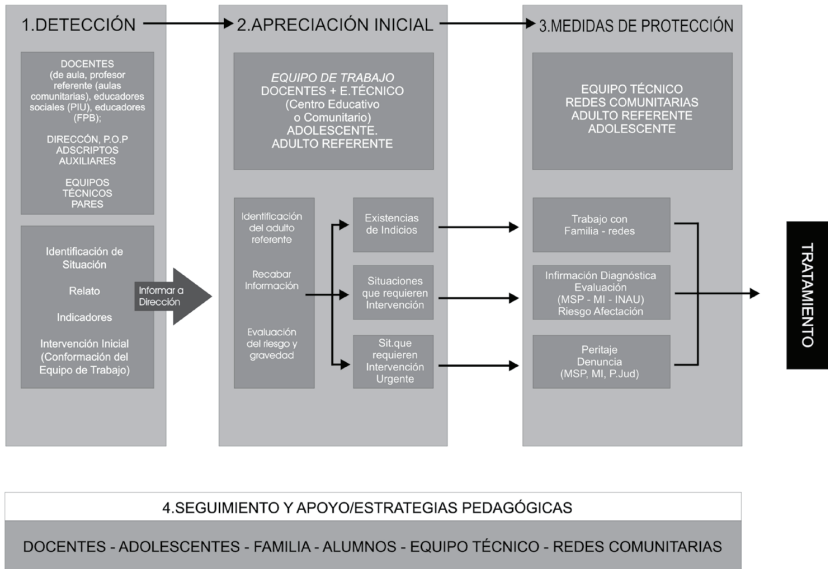
Para ello es imprescindible la intervención del adolescente. Hay que tener recaudos en la elección de dicha persona, evitando seleccionar al agresor o una persona que no pueda sostener la situación. En el caso que no sea posible a nivel familiar, se puede pensar en otros referentes adultos cercanos al joven o la intervención del Estado (INAU) en última instancia.

Es importante tener en cuenta que a la Institución Educativa le corresponde colaborar en la apreciación inicial de la situación. La instancia de diagnóstico la realizará el equipo técnico de salud, de la comunidad o del Poder Judicial.

La tipificación de la situación de abuso o maltrato debe ser realizada por un equipo técnico.

En las situaciones de violencia física y/o abuso sexual preferentemente por los servicios de salud local.

Se aborda la ATENCIÓN de situaciones de Violencia Doméstica



Anexo 13

Recursos de ayuda

1. **Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables - ASSE**
   e-mail: dirsaludmental@asse.com.uy Tel: 2486 50 08 Int. 6106, 6107

2. **Programa de Niñez y Adolescencia - ASSE**
   e-mail: niñezyadolescencia@gmail.com.uy Tel: 2486 26 61

3. **Programa Nacional de Salud Mental - MSP**
   e-mail: saludmental@msp.gub.uy

4. **Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud - MSP**
   e-mail: saludado@msp.gub.uy Tel: 2409 22 42

5. **Atención a usuarios MSP** Tel: 0800 44 44

6. **Equipos mutidisciplinarios de Consejo de Educación Secundaria (CES)**
   e-mail: equipos.inter@ces.edu.uy
   Equipos de UTU
   e-mail: cetpequipos@gmail.com

7. **Ministerio Del Interior** Emergencia: 911
   Jefatura Tel: 1909
   Comisaría de la Mujer y Familia Tel: 29085 580 / 2903 1053 / 29015458

8. **Intoxicaciones (CIAT)** Tel: 1722

9. **Línea azul (INAU)** Tel: 0800 50 50

10. **Apoyo a la mujer víctima de violencia** Tel: 0800 41 41

11. **Último Recurso**
    Casa de la Cultura de Carmelo
    Policlínica Los Ángeles - Nueva Palmira
    Casa de la Juventud en 33
    Santa Clara de Olimar

Los cuatro locales tienen horarios a confirmar mensualmente por la línea de crisis, siempre gratuitamente.

12. Asociación "Rumbos. Dr. Mario Montoro Guarch"

Representante Nacional de la Red Mundial de Suicidiólogos.

- Asistencia en crisis y prevención del suicidio
- Posvención
- Grupos de apoyo para intentantes
- Capacitación
- Supervisiones

Tels. 26135711 - 094020011
e-mail: inforumbos@adinet.com.uy
http://asociacionrumbos.blogia.com

La conducta suicida constituye, desde hace décadas, un problema de salud pública ocupando a nivel mundial el tercer lugar como causa de muerte. En Uruguay constituye el primer motivo de muerte por causas externas en población general a nivel país.
En los adolescentes y jóvenes esta causa de muerte ocupa el segundo lugar luego de los accidentes de tránsito. Esta situación encierra diversos factores que van desde lo biológico, económicos, pasando por lo socio-cultural. En esta línea la Facultad de Medicina, constituyó un equipo con integración multidisciplinaria e intersectorial para abordar está temática en las áreas de Educación y Salud.
Una de las propuestas de trabajo fue presentada al llamado del Fondo universitario para la Comprensión de temas de interés general de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República con la finalidad de capacitar y concientizar al personal de ambos sectores para identificar precozmente y contar con herramientas para el manejo adecuado de la situación en población adolescente. Ello se basa en que abordar la temática del suicidio e intentos de autoeliminación exige considerar no solo el acto y las conductas suicidas y el perfil de quienes sufren el problema, sino también conocer las características de los diferentes actores que intervienen o están involucrados, (familiares, amigos, personal de la salud, de la educación).
En ese sentido, el papel del sistema sanitario y sus recursos humanos en prevención es reconocido por organismos internacionales. El sistema educativo, en el cual los adolescentes transcurren la mayor parte de su tiempo diario, como agente de socialización secundario también juega un papel importante en la prevención y detección. Sin embargo, en ambos sectores existen dificultades de orden social, cultural, institucional, para que la prevención se cumpla adecuadamente.
La propuesta, a su vez, busca informar y sensibilizar al público en general sobre la problemática en el Uruguay, contribuyendo a la difusión de la prevención.

La Ley Orgánica de la Universidad de la República define en su artículo 2, entre sus fines, el de “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. Apuntando a este cometido se ha creado el Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, con el objetivo de financiar proyectos de difusión en torno a temas de relevancia nacional.
Se trata de un programa que busca promover el estudio de temas relevantes y polémicos, a través del financiamiento de proyectos realizados por grupos interdisciplinarios de profesionales universitarios, para su posterior publicación y presentación pública, poniendo a disposición de la ciudadanía toda la información generada sobre el tema de trabajo. La Colección Artículo 2, reúne los resultados obtenidos por las propuestas financiadas.