

**Guía clínica de recomendaciones para la atención del intento de suicidio en
adolescentes**

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

Dr. Fernando Zingman

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones sanitarias

Dr. Eduardo Bustos Villar

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Yago Di Nella

Coordinador del Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes:

Dra. Graciela Natella

Autores

Los lineamientos generales de este documento fueron elaborados por el Comité de Expertos conformado por: Lic. Diana Altavilla, Dr. Alberto Antequera, Dr. Héctor Basile, Dr. Federico Beines, Dra. Silvia Bentolila, Lic. Carlos Boronat Dr. Gustavo Girard, Lic. Carlos Martínez, Dra. Sandra Novas y Dra. Edith Serfaty, convocados en los meses de Noviembre y Diciembre de 2010.

El documento final fue elaborado por la Dra. Sandra Novas y el Lic. Carlos Martínez, en conjunto con el equipo técnico del MSAL, con colaboración de la Dra. Silvia Bentolila y el Dr. Gustavo Girard y sujeto a revisión posterior del Consejo de Expertos en el mes de Mayo de 2011.

Por el **Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia** participaron:

Lic. Lucía Pomares, Lic. María Rosner

Por el **Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes** participaron:

Dra. Graciela Natella, Dr. Hugo Reales y Lic. Cecilia Oriol

Colaboradores:

Lic. M. Fernanda Azcotía y Dr. Nicolás Alonso Macrinos.

Lic. María Elisa Padrones (Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes),

Dra. Andrea Franck (Programa Nacional de Salud Integral en las Adolescencia),

Fuentes que contribuyeron especialmente a la elaboración de este documento:

- *Ministerio de Salud de Tucumán. Guía Clínica Para La Prevención Y Manejo De La Conducta Suicida.* División Salud Mental, Si.Pro.Sa 2009.
- OMS. Serie Prevención del Suicidio Trastornos Mentales y cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000.
- OMS. *Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.* Ediciones de la OMS Paraná, 2010.

Agradecimiento: A los referentes provinciales de Adolescencia y Salud Mental por los lineamientos y recomendaciones locales.

Revisión legal: Dr. Javier Frías -Unidad de Fiscalización de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adiciones y Dra. Mariana Baresi, Asesora de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adiciones.

Coordinación ejecutiva: Lic. Lucía Pomares

Revisión general: Dr. Fernando Zingman

Diseño: a definir

Índice:

I. Introducción. Marco conceptual. Situación epidemiológica.

II. Marco general de la atención.

A) Aspectos legales en la atención del intento de suicidio en la urgencia.

B) Recomendaciones para un abordaje integral del intento de suicidio

1) Detección del intento de suicidio

2) Medidas iniciales de cuidado

3) Evaluación y estabilización de los síntomas físicos y psíquicos

4) Evaluación de riesgo

5) Estrategias terapéuticas inmediatas

6) Estrategias terapéuticas a mediano plazo

III. Bibliografía

IV. Anexos

ANEXO 1. **Tratamiento farmacológico**

ANEXO 2. **Planilla de evaluación de riesgo**

ANEXO 3. **Glosario**

ANEXO 4. **Sugerencias para preguntar sobre las conductas autolesivas en una entrevista clínica**

ANEXO 5. **Prestaciones del Plan Nacer Adolescencia**

I. Introducción

En los últimos años hemos asistido a un importante aumento de la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas auto lesivas. Esta guía se propone ofrecer lineamientos para que profesionales y equipos de salud puedan ofrecer a los/las adolescentes una atención de urgencia adecuada, en el marco del respeto y cumplimiento de los derechos y de acuerdo a la red local de servicios de salud.

El **suicidio** es definido por la Organización Mundial de la Salud (1976) como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.

La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Sin embargo cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad. Las **conductas suicidas** abarcan un amplio espectro, desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva, más allá de la intencionalidad supuesta.

A los fines de esta guía se considera **intento de suicidio** a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente/acompañante¹.

Estas recomendaciones están orientadas a población adolescente. También pueden ser utilizadas para el resto de la población, con las consideraciones correspondientes para cada franja etárea.

En la adolescencia los cortes u autolesiones deliberadas del cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida. Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual en esta franja etárea; su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal. Diversas investigaciones se han ocupado de averiguar los factores que los adolescentes ubican como causales de su intención suicida, identificando entre ellos la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y los sentimientos de soledad y de fracaso. Otros autores sitúan dicha problemática adolescente en función de los cambios propios de dicha etapa evolutiva o como los efectos de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales sufrido por los jóvenes (Bonaldi, 1998).

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

¹ MSAL PNSIA. *Consejo de expertos de suicidio convocado Noviembre – Diciembre 2010.*

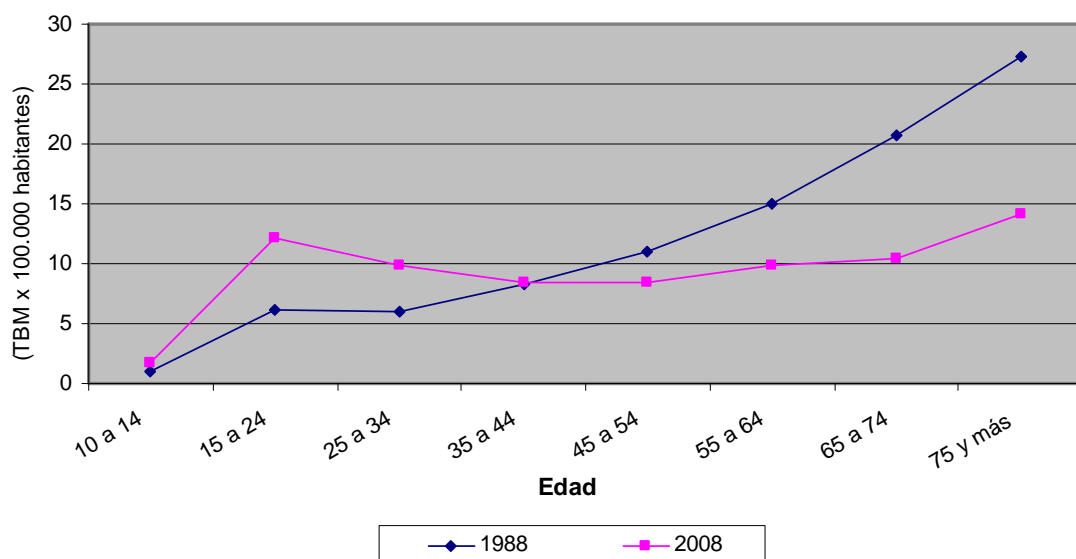
intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

Situación epidemiológica

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlo actualmente en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP).

En la Argentina, en los últimos veinte años la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos de edad más jóvenes (15 a 24; 25 a 34 años). En los grupos de más edad (mayores de 55 años), que históricamente registraron las tasas más altas de suicidio, se redujo significativamente.

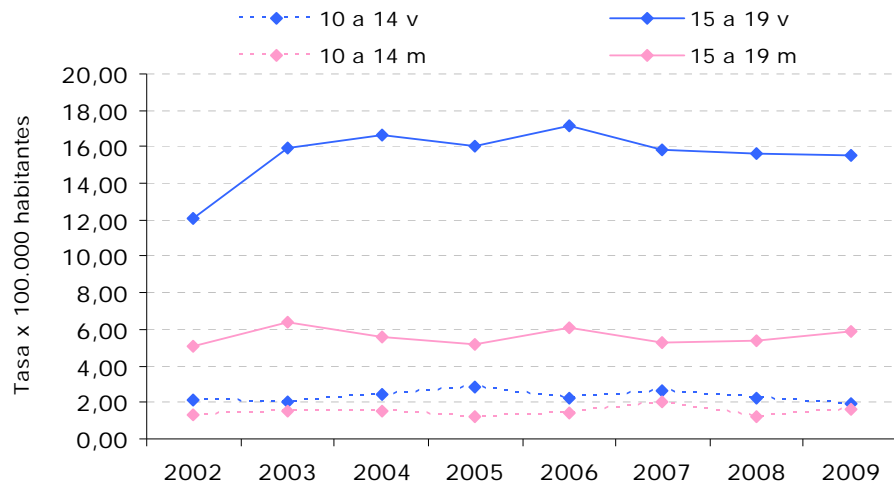
Figura 1: Tasas de mortalidad por suicidio según edad. Argentina. Años 1988 – 2008.



Fuente: Extraído del Boletín de Vigilancia de Enfermedades No transmisibles y Factores de riesgo. Julio 2010.

Resulta significativo el crecimiento progresivo de las tasas de suicidio de los adolescentes y jóvenes, siendo los varones quienes contribuyen principalmente a dicho aumento. Las mujeres cometen más intentos de suicidio y son los varones quienes lo consuman en mayor medida. Actualmente es la 2ª causa de defunción en el grupo de 10 a 19 años.

Figura 2: Evolución de la tasa de mortalidad por suicidios en la población adolescente, según sexos y grupos de edad. Argentina, 2002-2009



Fuente: Elaboración propia en base a anuarios estadísticos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2011.

Desde los primeros años de la década del 90 a la actualidad la mortalidad por suicidios en adolescentes creció más del 100%. Merece destacarse que en prácticamente todas las provincias del país las defunciones por suicidios en la adolescencia están en aumento. Esta no es una característica aislada de nuestro país sino que ocurre lo mismo en otros países, de la región y del mundo. En cuanto a las tasas de suicidio por provincias, las más afectadas por el suicidio en el último trienio son Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Salta y Jujuy (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación).

II. Marco general de la atención.

Aspectos legales en la atención del intento de suicidio en la urgencia.

Se promueve la atención en servicios de salud “**amigables**”², que favorezcan el establecimiento de una relación de confianza y seguridad, de manera tal que los adolescentes puedan recurrir a ellos en casos de necesidad. Es fundamental **privilegiar la escucha** y no intervenir desde la sanción moral. Un aspecto esencial de la asistencia es tener en cuenta el interés superior del niño, niña y adolescente y el respeto por sus puntos de vista en todo momento (Convención de los Derechos del Niño Arts. 3, 12; Ley 26.061, arts. 1, 3, 24).

Toda persona que realice un intento de suicidio tiene derecho a ser atendido y su abordaje debe ser realizado dentro del marco de las políticas de salud y la legislación vigente. El equipo de salud tiene prioridad de asistir a los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación (Convención de los Derechos del Niño, Arts. 4, 24; Ley 26.061, arts. 5, 14, 28; Ley N° 26.529, art. 2 inc. a; Ley 26.657, art. 7).

El Código Penal no califica al intento de quitarse la vida como delito. El artículo 19 de la **Constitución Argentina** recoge el principio de autonomía personal, reconociendo el derecho de las personas a decidir libremente sobre su propia vida y su propio cuerpo, impidiendo al Estado –y a cualquier sujeto- interferir en dichas decisiones adoptadas libremente por la persona³. Por lo tanto **no se debe denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro por intento de suicidio.**

Toda lesión grave se deberá denunciar ante la autoridad fiscal, judicial y/o policial investigue la misma a los fines de elucidar si se halla configurado alguno de los delitos de lesiones previstos por el Código Penal (Art. 89 a 94). Deber que le corresponde al profesional de salud en ejercicio de su función⁴

En el caso que el paciente ingrese portando un elemento de letalidad, riesgoso para sí o terceros, teniendo en cuenta los principios de accesibilidad, seguridad y cuidado en la prestación de salud, el profesional deberá tomar los recaudos necesarios para el apartamiento de dicho elemento del paciente. En el caso que las medidas o recaudos fueren insuficientes atento la gravedad del caso, podrá solicitar intervención a la fuerza pública para que proceda a dicho apartamiento.

² Servicios Amigables para adolescentes (OPS, UNFPA): servicios donde las y los adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera que sea la demanda, siendo agradables a las/los adolescentes y sus familias por el vínculo que se establece entre los usuarios/as y el proveedor de salud y por la calidad de sus intervenciones.

Atención amigable, se recomienda: a) Atender en un espacio que cuente con las condiciones mínimas de privacidad en la consulta b) Trabajo interdisciplinario. La falta de profesionales de distintas disciplinas no debe asumirse como un obstáculo para un abordaje interdisciplinario. La interdisciplina debe estar “en la cabeza” c) Conformar una red de atención ágil con profesionales de otras disciplinas aunque no compartan el mismo ambiente físico d) Identificar aquellos especialistas dentro de la red de salud con afinidad para la atención de esta población

³ Constitución Argentina establece: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

⁴ El art. 177 del Código Procesal Penal de la Nación sostiene que “ Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio:... 2º) Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional.”

Deber de comunicar. Considerando que el intento de suicidio conforma una vulneración o amenaza grave de derechos del niño, niña o adolescente (Ley 26061 - artículos 30 y 33)⁵ es obligatoria la comunicación a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local. Esto es a los efectos de **solicitar medidas de protección integral de derechos** que se estimen convenientes.

Es preciso tener en cuenta la diferencia entre la denuncia y la comunicación, puesto que la denuncia es la comunicación que se hace de la comisión de un delito, infracción o falta, dirigida a los organismos destinados a la investigación de dichos actos, en tanto que la comunicación puede no versar sobre los mismos.

Se debe dar respuesta enmarcado en el principio de *corresponsabilidad e intersectorialidad* que promueve la eliminación de la práctica de derivación por la instauración de una práctica de asunción de responsabilidades, en el marco de un trabajo coordinado en red con los distintos efectores comunitarios (Ley 26.061, Art. 5, 6, 7, 32, 42; Ley 26.657, art. 9)

Consentimiento del adolescente. En cuanto su estado de conciencia lo permita, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas debiéndoseles suministrar información sobre los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados. Si es posible deberá obtenerse el consentimiento informado del propio adolescente (Ley 26.529, Art. 2 inc. e), 6; Ley 26.657, art. 10)⁶.

⁵ **Art. 30.**– Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Art. 33.– Medidas de protección integral de derechos. Son aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias.

La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente.

La falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.

En la Pcia. Bs. As., al igual que en Nación, en caso de amenazas, vulneración u autovulneración de derechos de los niños o adolescentes, son los Servicios Locales de Protección de los Derechos del Niño quienes deben *“recibir denuncias e intervenir de oficio ante el conocimiento de la posible existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos del niño”* (19 inc. b, Ley 13.298). El citado organismo *“(dentro de las 48 hs. de haber tomado conocimiento de una petición, o en el marco de su actuación de oficio, el servicio Local de Protección de Derechos debe citar al niño, sus familiares, responsables y allegados involucrados, a una reunión con el equipo técnico del servicio, que deberá fijarse dentro de las 72 horas siguientes)”* (art. 35.7 del Decreto 300/05).

⁶ Ni la Convención de los Derechos del Niño, que tiene rango constitucional ni la Ley 26.061 fija una edad determinada para el ejercicio de los derechos que enuncia, por lo que puede considerarse que un niño que ya tiene discernimiento, titulariza los derechos situados en el espacio constitucional de su autonomía personal sin que obste su minoridad.

Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que esas opiniones sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del "interés superior del niño" (conf. Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño: "La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño", punto 32). Asimismo cabe destacar la Observación General N° 12 del Comité de los Derechos del Niño: "El derecho del niño a ser escuchado", punto 100, que sostiene que "Se debe incluir a los niños, incluidos los niños pequeños, en los procesos de adopción de decisiones de modo conforme a la evolución de sus facultades"

Asesoramiento del adolescente. Además se reconoce el derecho a asesoramiento a los niños y jóvenes. Este derecho es distinto del derecho de otorgar consentimiento médico y no debe estar sujeto a ningún límite de edad (Observación General N° 12 ob. cit., punto 101).

Derecho a la privacidad e intimidad. Confidencialidad en la consulta.

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información médica referente a los/las adolescentes, teniendo en cuenta los principios básicos de la Convención ya apuntados. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos (La Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina art. 11⁷). Los adolescentes pueden recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres.

Información y apoyo a los padres: será imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad con el adolescente. (Observación General N° 4 ob. cit., puntos 15 y 16). Prestar especial atención a entornos familiares generadores (por acción u omisión) de un mayor marco de violencia para el adolescente (abuso, violencia, abandono y /o maltrato) y que requieran un tratamiento familiar.

Responsabilidad legal de profesional tratante: Es de obligación de medios/procesos y no de resultados, debiendo instrumentar todas las medidas de atención posible. Incluso se encuentra prohibido, a los profesionales de la salud, prometer la curación por el art. 20 de la Ley 17.132.

El equipo de Salud en todos los casos debe evaluar la situación del paciente primero y luego atender las responsabilidades de comunicar.

⁷ : “Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal—, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitarlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.”

B) Recomendaciones para un abordaje integral del intento de suicidio

1. Detección del intento de suicidio
2. Medidas iniciales de cuidado
3. Evaluación y estabilización de los síntomas físicos y psíquicos
4. Evaluación de riesgo
5. Estrategias terapéuticas inmediatas
6. Estrategias terapéuticas a mediano plazo

1. Detección del intento de suicidio

La detección de conductas auto lesivas es siempre una urgencia. Puede ser realizada en servicios de emergencia o en otras instancias de atención dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud. Se puede **detectar la urgencia** en una consulta de salud de rutina, a través de línea telefónica de emergencia u en otros ámbitos comunitarios. Las conductas autolesivas pueden ser manifestadas por el adolescente o terceros o inferida por el profesional u equipo de salud.

Toda derivación a un servicio de Emergencia deberá efectuarse con el acompañamiento de un integrante del equipo de salud. No se deberá enviar únicamente a la persona y/o su acompañante vincular con nota de derivación

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en la mente de las personas con dificultades, y más bien tiene el efecto opuesto: 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, percibiendo que puede ser ayudado. El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas. Numerosos estudios han permitido constatar que al menos dos tercios de los sujetos que intentaron o lograron suicidarse habían comunicado con anticipación sus intenciones al respecto (Murphy, 1985).

Aun en las situaciones más graves es recomendable no perder de vista que se trata de una conversación, donde urgencia no siempre es sinónimo de prisa. Se puede conversar con alguien de situaciones sumamente urgentes, pero si el diálogo es apresurado y centrado en el protocolo que se debe completar, resulta difícil establecer el clima para que quien consulta exprese emociones y sensaciones generalmente confusas y dolorosas.

Es recomendable que durante la conversación se emplee un lenguaje sencillo y claro y se adopte una actitud de respeto e imparcialidad en todo momento. Es importante responder con sensibilidad a la revelación de información privada.

Suelen ser indicadas preguntas que gradualmente profundizan el tema: *¿Te sentís triste? ¿Sentís que nadie se preocupa por vos? ¿Sentís que la vida no tiene sentido? ¿Alguien, en tu familia o entre tus amigos más queridos, intentó suicidarse o se suicidó? ¿Alguna vez realizaste un intento de suicidio? (ver anexo)*

| Ficción | Realidad |
|--|--|
| Las personas que hablan de suicidio no cometen suicidio. | La mayoría de los suicidas han advertido sobre sus intenciones. |
| Los suicidas tienen toda la intención de morir. | La mayoría de ellos es ambivalente. |
| El suicidio sucede sin advertencias. | Los suicidas a menudo dan amplias indicaciones. |
| La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado. | Muchos suicidios ocurren en el periodo de mejoría, cuando la persona tiene toda la energía y la voluntad para convertir los pensamientos de desesperación en actos destructivos. |
| No todos los suicidios pueden prevenirse. | Esto es verdadero, pero la mayoría es prevenible. |
| Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre. | Los pensamientos suicidas pueden regresar, pero no son permanentes y en algunas personas pueden no hacerlo jamás. |

Fuente: OMS Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud, 2000.

2. Medidas iniciales de cuidado (tener en cuenta durante todo el proceso de atención)

- La intervención debe favorecer una atención receptiva y humanitaria, en un ambiente de privacidad / intimidad / y disponer del tiempo necesario para generar una relación de confianza, prestando cuidado al posible malestar emocional asociado a los actos de auto lesión.
- La persona no debe permanecer en ningún momento solo, estará acompañado por un adulto responsable y/o por personal sanitario
- Identificar en el entorno acompañante, la presencia de algún referente vincular que pudiere resultar tranquilizador y pueda colaborar durante el proceso de atención. Al cual también brindar apoyo y contención.
- No dejar al alcance elementos potencialmente peligrosos (armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos) y revisar que no tenga consigo elementos riesgosos. Evitar cercanías con puertas y ventanas.
- No desestimar los relatos ni emitir juicios morales o de valor.

3. Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos

La **evaluación médico clínica** completa debe efectuarse en todos los casos independientemente del motivo específico de consulta. Por ejemplo: consulta por cortes superficiales, se debe igualmente investigar la presencia de tóxicos, o en consulta por intoxicación con psicofármacos buscar lesiones ocultas.

Se debe evaluar:

- Signos vitales
- Examen físico completo: se evaluará la existencia de lesiones físicas no observables a primera vista se considerará tanto las recientes como cicatrices u otras lesiones secuelas (por Ej. cortes en el cuerpo. Signos de asfixia, u otras lesiones)
- Evaluar específicamente probables signos de abuso sexual y/o maltrato. El examen físico se debe realizar en presencia de adulto a cargo o si por cuestiones relacionadas con la edad, sexo o privacidad de la persona no fuera conveniente se lo examinará en presencia de otro miembro del equipo de salud
- Pesquisar signos físicos de ingestión de alcohol o drogas de abuso y otras sustancias tóxicas
- Embarazo
- Estado de conciencia y Evaluación del estado psíquico global

Examen psíquico

El examen psíquico global es indispensable para la toma de decisiones en la asistencia inmediata de la persona con conductas autolesivas. Puede ser realizado por profesional médico, de salud mental o integrante del equipo a cargo.

- Estado de Conciencia: vigil obnubilado o, confuso inconsciente, hipervigilante
- Grado de orientación autopsíquica y alopsíquica
- Evaluar estado cognitivo global: atención concentración y memoria
- Aspecto físico: descuidado, vestimenta extravagante o bizarra , falta de higiene (siempre evaluado dentro del contexto socio cultural y etéreo)
- Estado motriz: el trastorno del comportamiento gestual y motor constituyen una forma privilegiada de expresión patológica inquietud, desasosiego, hiperactividad motriz , impulsividad excitación, inhibición, catatonía
- Actitud: colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida
- Lenguaje: verborrágico, mutismo, habla espontáneamente, neologismos.
- Pensamiento :
 - Curso: Taquipsiquia, Bradipsiquia, interceptado, sin idea directriz, fuga de ideas
 - Contenido: ideación coherente, delirante: de grandeza, de persecución, mística, pueril , obsesiones, ideas de desesperanza y muerte (ver detalle de evaluación de ideación suicida)
- Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas olfativas, cenestésicas

- Afectividad: humor expansivo (manía) humor deprimido, (depresión) indiferencia afectiva (esquizofrenia), labilidad
- Sueño: insomnio o hipersomnio
- Actitud alimentaria: anorexia, negativa a comer, hiperfagia
- Juicio: conservado/ desviado

Se debe prestar especial atención y tomar medidas de cuidado necesarias frente a la persona que presente:

- Nivel de ansiedad alto (expresada por hiperactividad motriz, y/o psíquica, desasosiego)
- Llanto incoercible
- Actitud o conducta lesiva
- Amenazas verbales o actitud amenazante
- Retraimiento, o hermetismo, o mutismo o catatonía
- Actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide
- Estado alucinatorio franco
- Confusión mental

Procedimiento:

- 1- En caso de excitación psicomotriz franca que no responde a la contención verbal implementar contención medicamentosa y/o física, teniendo la precaución de que la sedación no interactúe o potencie los efectos de otro cuadro.
- 2- Se impone realizar un diagnóstico diferencial entre intoxicación por sustancias de abuso, tóxicos o medicamentos y patología psiquiátrica grave. Aunque estos cuadros pueden coexistir
- 3- Tratamiento médico causal: por ejemplo diagnosticado el origen de un síndrome confusional se implementará el tratamiento específico

4. Evaluación de riesgo

Está indicada en todos/as que hallan realizado algún intento, expresado ideas o intenciones suicidas o cuyas acciones lo sugieren aunque lo nieguen.

¿A quiénes entrevistar?

- Al adolescente
- Al adulto referente y/o núcleo familiar acompañante
- A otros referentes/ pares presentes o que se considere pertinente convocar (novia/o, amiga/o, vecino, maestro, etc.)

En todos los casos se deberá convocar a el/ los adultos responsables a cargo, en caso que no estuvieran presentes se convocarán de inmediato y se aguardará su presencia para completar la evaluación. En caso de no haber referentes adultos a cargo se debe comunicar a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/ adolescente que corresponda en el ámbito local.

El agente de salud evaluará la necesidad de establecer una estrategia que incluya entrevistas conjuntas con el/los adulto/s o pares referentes/acompañantes y el /la adolescente.

La inclusión tanto de la familia como de acompañantes es imprescindible para hacer una evaluación contextual de la situación, es asimismo parte de la estrategia terapéutica. Es importante fortalecer y articular la red de contención. Es frecuente que el intento sea expresión de un malestar o sufrimiento en el ámbito de los vínculos afectivos cercanos, por tanto de no trabajar terapéuticamente la situación con los integrantes de ese entorno, se corre el riesgo de que se perpetúen las conductas.

Por otra parte los cuidadores deben también ser asistidos y contenidos por parte del sistema sanitario, contando con un espacio de psicoeducación que los oriente sobre las medidas de protección y cuidado (Retirar elementos peligrosos, prestar atención a los primeros meses luego del intento, continuar con el tratamiento en Salud Mental y las redes de apoyo, etc)

A) Se recomienda evaluar los siguientes **factores de riesgo**:

Sexo: Varón: el sexo masculino es considerado en sí mismo un factor de riesgo ya que el mayor porcentaje de intentos graves y suicidios consumados corresponde al sexo masculino

Letalidad del método: está determinada por la peligrosidad para la integridad física en si misma. También por la percepción que la persona tenga de la misma (no siempre coincide con la letalidad real)

Letalidad alta

- ahorcamiento
- armas de fuego,
- arrollamiento (automóviles , tren)
- Lanzamiento de altura
- intoxicaciones con gas
- electrocución
- intoxicación por elementos altamente tóxicos aún en pequeña cantidad (órgano fosforado, soda cáustica, medicación etc.)
- intoxicación por elementos de baja toxicidad pero cuya letalidad está dada por la cantidad y/o modalidad de ingestión (ingestión de medicamentos en gran cantidad
- heridas cortantes profundas o en gran cantidad (por Ej.: cortes profundos en los cuatro miembros o en cara)

Moderada y baja letalidad

- Ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad (Por ejemplo la ingesta de un tóxico en pequeñas cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona)
- Cortes leves, escasos y superficiales (por Ej. : uno o dos cortes en antebrazo)

- Cualquier otra conducta de autoagresión de características tal que no hubieren podido ocasionar daño severo

El método utilizado siempre deberá ser considerado en el contexto de la existencia de plan auto agresivo y del grado de impulsividad. Los métodos de muy alta letalidad como armas de fuego, defenestración o ahorcamiento por ejemplo, son factores de altísimo riesgo independientemente de la existencia de un plan, del motivo desencadenante, y de la manifestación o negación de intención suicida. Un método muy frecuente como la ingestión de tóxicos y medicamentos debe ser evaluado en su contexto (ejemplo: ingesta de medicamentos con bajo nivel de toxicidad pero en gran cantidad y habiendo hecho acopio en un lapso de tiempo)

Planificación del acto

- Existencia de un plan minucioso
- Escribir notas o cartas que no pudieran ser encontradas fácilmente
- Existencia de un plan reiterado en el tiempo (fue planificado antes y no concretado o fallido)

Circunstancias en la que se concretó el plan

- No amenazó ni presentó ninguna actitud que pudiera advertir a alguien
- Estaba solo cuando ejecutó el plan y/o no aviso a nadie luego
- Lo llevó a cabo en circunstancias que hacían difícil la interrupción y/o el rescate
- Procuró el tóxico o el elemento riesgoso y lo guardó un tiempo hasta ejecutar el plan

Grado de impulsividad

El acto se llevó a cabo sin la posibilidad de reflexión, generalmente en un contexto de conducta disruptiva y/o violenta y de manera tan abrupta que hacen imposible o dificultosa su interrupción por otros.

La impulsividad es considerada en sí misma un factor de riesgo ya sea que la acción tenga evidente y manifiesta intencionalidad suicida o estar conducida a aliviar tensiones psíquicas intolerables para el sujeto.

Actitud y afecto posterior al intento

- No procura asistencia
- Trata de impedir o dificultar su rescate
- No manifiesta arrepentimiento o alivio de haber fallado sino irritabilidad de haber sido asistido o interrumpido
- Se muestra indiferente o con poca conciencia del riesgo al que se expuso

Estado psíquico al momento de la consulta

- Obnubilación o confusión
- Excitación psicomotriz / agresividad
- Expresión manifiesta de planes autoagresivos
- Ideación implícita de autolesión, de muerte y/o suicida
- Ideación de desesperanza, baja autoestima, desinterés generalizado, tristeza.

- Incapacidad manifiesta o inferible para el manejo de sus afectos
- Incapacidad o dificultad severa para la resolución de problemas
- Aislamiento y falta de habilidad social en vínculos actuales y/o históricos
- Otros síntomas psíquicos tales como: desinhibición, alucinaciones injuriosas, ideas delirantes de auto referencia, grandiosidad o místicas de sacrificio etc., insomnio , impulsividad

Intoxicación o consumo agudo de sustancias: alcohol o drogas

Acción auto lesiva repetida. Intentos previos

Presencia de patología psiquiátrica previa

- Depresión, manía, hipomanía,
- Esquizofrenia (adolescencia es la edad debut)
- Impulsividad
- Consumo problemático de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas
- Antecedentes de tratamientos psiquiátricos o psicológicos : internaciones por causa psiquiátrica, tratamientos interrumpidos etc

Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal: Dbt, HIV, patología oncológica, enfermedades sistémicas, auto inmunes, neurodegenerativas etc.

Existencia de un evento estresante desencadenante del acto o ideación autolesiva

- muerte o enfermedad grave recientemente diagnosticada de familiar adulto referente o amigo
- abuso sexual y/o maltrato reciente
- aborto reciente o embarazo no deseado
- conflictos intra familiares graves (separaciones, entre otros)
- conflictos con pares, rupturas sentimentales,
- dificultades y/o fracasos reciente en el ámbito escolar

Contexto socio familiar:

- Facilitación o inducción explícita / implícita por parte del adulto
- Actitud desinteresada o negligente del adulto frente al hecho: minimizar el riesgo, no consultar rápidamente, considerar que esta fingiendo o simplemente llamando la atención, etc
- Historia familiar de suicidios consumados o intentos
- Historia familiar de patología psiquiátrica
- Historia de violencia intrafamiliar
- Historia familiar de abuso sexual y maltrato
- Existencia de patología grave, crónica , terminal en alguno de los miembros
- Red familiar actual insuficiente o poco continente
- Aislamiento: Inexistencia o insuficiencia de red social de pares

- Ámbito escolar incontinente o pérdida de escolaridad
- Acoso escolar, bullying.
- Ciber acoso
- Antecedentes de intentos o suicidio en grupo de pares
- Auto agresión como modalidad habitual en grupo de pares (tanto como víctima o victimario)
- Pertenencia a un sistema de creencias personales y/o familiares o sociales que exalten la muerte
- Situación de vulnerabilidad socioeconómica

B) Factores que proveen protección

Patrones familiares

- Buena relación con los miembros de la familia.
- Apoyo de la familia.

Estilo cognitivo y personalidad

- Buenas habilidades sociales.
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.

Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social (por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades).
- Buenas relaciones con pares.
- Buenas relaciones con adultos referentes.
- Apoyo de personas relevantes (maestros, etc)
- Integración socio-económica familiar

5. Estrategias terapéuticas inmediatas

- A) Internación en guardia o en sala de hospital polivalente para observación y posterior evaluación por especialista en salud mental dentro de las 48 hs. Está contraindicada la derivación a monovalente.
- B) Alta institucional y continuación del seguimiento por Salud Mental en forma ambulatoria.

A) Los factores que indican hospitalización y futura evaluación por el equipo de Salud Mental son:

- Presencia de síntomas de patología mental específica asociada a la ideación y/o intento de suicidio:
 - depresión , manía, psicosis
 - Síntomas de desesperanza y/o

- Antecedentes recientes de retraimiento social y falta de comunicación (que no permita la evaluación)
- Síntomas graves de impulsividad
- Intoxicación con sustancias
- Persona con crisis de ansiedad incoercible
- Persona que presenta excitación psicomotriz
- Persistencia de ideación suicida y/o auto lesiva
- Método de alta letalidad
- Antecedentes de :-Intentos anteriores
 - Inestabilidad emocional
- Consumo de alcohol y drogas (desinhibición)
- Ausencia de red socio- familiar de contención, aislamiento y/o falta o deficiencia de habilidades sociales significativas
- Evidente autoconcepto deteriorado o denigratorio

La presencia de alguno de los factores de riesgo asociado al intento de suicidio/autolesión configura una situación de alto riesgo y requiere la interconsulta con el equipo de Salud Mental previo al alta.

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

B) Se podrá considerar la posibilidad de alta con indicación de seguimiento por equipo de salud mental cuando se verifiquen los siguientes ítems:

- La acción auto lesiva es de bajo grado de agresión, y/o
- Ideación de poca consistencia y/o
- El contexto familiar se evalúa como medianamente continente y los referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado
- Se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento
- Siempre que puede garantizarse que se efectivice el seguimiento

Se dará de alta a la persona garantizando:

- Turno para Salud Mental asignado (dentro de los 5 días subsiguientes)
- Acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto.

6. Estrategia terapéutica a mediano plazo

Evaluación posterior por equipo de salud mental

- Evaluar la situación global y la existencia de riesgo, en esta segunda instancia. Valorando los signos y síntomas que no hayan podido ser evaluados por el estado

físico de la persona (intoxicación, obnubilación de la conciencia etc.), profundizando en aspectos del funcionamiento psíquico y en el efecto que ha producido la permanencia del adolescente en observación.

- Considerar las modificaciones que pudieron o no haberse producido en ese breve lapso de tiempo, evaluando:
 - cambio de actitud o persistencia de conducta del adolescente en relación al hecho
 - disminución de síntomas psíquicos relevados en la urgencia
 - respuesta al tratamiento farmacológico si fue indicado
 - contexto familiar que haya podido funcionar como continente
 - existencia de red familiar y/o social ampliada que haya podido conformarse

Luego de realizar la evaluación específica el equipo de salud mental determinará la persistencia, agravamiento o disminución del riesgo y diseñará una nueva estrategia de seguimiento inmediato y a corto plazo

En los casos de mayor gravedad no es esperable que la situación de riesgo se modifique en ese corto tiempo, con frecuencia la intervención del equipo de salud funciona como ordenadora tanto para la persona como para su familia. La institución puede comportarse como un marco de contención.

Es fundamental el **registro en libro de guardia y en historia clínica** en donde conste lo actuado: diagnóstico, evaluación de riesgo y las razones que motivaron la estrategia

1- En relación al ámbito de tratamiento:

- Permanencia en el hospital general y seguimiento por la especialidad
- Alta de internación y continuación del seguimiento por Salud Mental en forma ambulatoria
- En caso de no poder garantizar las condiciones de cuidado en dicha institución derivación a hospital o clínica general que pueda garantizarlos, priorizando la cercanía geográfica
- Si la persona está en seguimiento ambulatorio, ratificar dicha estrategia o indicar su internación si lo amerita

2- En relación a la indicación de evaluación psiquiátrica y eventual control farmacológico por especialista

Realizar evaluación interdisciplinaria en el lapso determinado por los profesionales actuantes

- Forma inmediata
- Forma diferida (no más de una semana)

3. Apoyo psicosocial y comunitario

Establecer conexiones y estrategias conjuntas con otros referentes y ámbitos de inserción del adolescente (institución escolar, religiosa, club, etc.) con el fin de activar el apoyo

psicosocial y favorecer la continuidad/ inclusión en sus ámbitos significativos. Se recomienda:

A) Incorporar al entorno cercano y a otros recursos disponibles para **apuntalarlos en su rol de cuidadores** mientras persiste el riesgo.

- aconsejar que restrinjan el acceso a los métodos utilizados para autoagredirse, mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.
- Informar que preguntarle directamente a la persona acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad y la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida.
- Informar que aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.
- Ofrecer apoyo emocional a los familiares/cuidadores si lo necesitan. Estar al cuidado de una persona con riesgo de autolesión genera tensión psíquica.

B) Mejorar y coordinar el apoyo social de los recursos comunitarios disponibles, tanto informales (familiares, amigos, vecinos) como formales (líderes religiosos, maestros).

El rol de los docentes y directivos, en caso de menores escolarizados suele ser destacado. **Los adultos con quienes se vinculan a diario pueden pesquisar conductas “raras” en el adolescente, que el equipo de salud ayuda a desentrañar, otorgándole sentido a la observación de ese adulto. Prestar atención en un grupo áulico o de pares en los cuales la manifestación de estos emergentes puede alertar sobre situación de riesgo en el grupo de pertenencia.** La Organización Mundial de la Salud ha sugerido normas claras del rol de los distintos sectores involucrados en la tarea de prevención (OMS, 2000, 2001) como parte de su iniciativa mundial para la prevención del suicidio.

C) Fortalecer la articulación con las instancias administrativo legal correspondiente: Organismos de protección de derechos del adolescente, organismos del ámbito judicial, entre otros.

El apoyo psicosocial destaca:

- El fortalecimiento de los recursos de salud presentes en la persona y de los factores protectores.
- La noción de crisis como etapas de la vida por las que todo ser humano atraviesa.
- La noción de rehabilitación ligada a la cotidianidad de las personas.
- La comunidad como nivel de intervención de mayor complejidad e importancia para la salud mental.

La estrategia de seguimiento ambulatoria incluye:

- Tratamiento terapéutico individual
- Control de Salud Mental periódico y farmacológico si lo hubiere

- Entrevistas periódicas con adulto conviviente a cargo y otros referentes para evaluación de la evolución de los síntomas presentes
- Entrevistas con el núcleo familiar, determinando el tipo de estrategia de intervención: entrevistas vinculares, de todo el grupo familiar, con o sin inclusión del paciente, etc.
- Seguimiento de mínimo 6 meses debido al riesgo más inmediato de nuevos intentos.
- Apoyo psicosocial y comunitario

Es importante implementar las estrategias necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento.

III. Bibliografía

Academic Emergency, *Medicine*.15:17-22 by the Society for Academic Emergency Medicine. 2008.

Adam, K. "Attempted Suicide", *Psychiatric Clinics of North America*, 8:2, 183-201.1985.

Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, Piacentini J, Tang L. UCLA Department of Psychiatry Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 47(8):958-66. Aug 2008.

Brent DA, Greenhill LL, Compton S, Emslie G, Wells K, Walkup JT, Vitiello B, Bukstein O, Stanley B, Posner K, Kennard BD, Cwik MF, Wagner A, Coffey B, March JS, Riddle M, Goldstein T, Curry J, Barnett S, Capasso L, Zelazny J, Hughes J, Shen S, Gugga SS, Turner JB. University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute & Clinic, Pittsburgh, PA The Treatment of Adolescent Suicide Attempters study (TASA): predictors of suicidal events in an open treatment trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 48(10):987-96. Oct, 2009.

Bertolote, J. Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En *World Psychiatry – versión en español- (edición especial)* 2:3–pp. 147-151. 2004.

Bonaldi, P. "El Suicidio en la Argentina" en Mendez Diz. y otros (comp.). *Salud y Población: cuestiones sociales pendientes*. Buenos Aires, Ed. Espacio, 1998.

Casullo, M. M. & Fernández Liporace, m. Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA. Año 6, (1)*. 2001.

Casullo, M. M. Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. Buenos Aires. Paidós. 1998.

Casullo, M. M. Narraciones de adolescentes con alto riesgo suicida. *Psicodiagnosticar*. 12: 43-52. 2002.

Constitución de la Nación Argentina (sancionada en 1853 con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994).

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.

Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179 (T.O. 1984 actualizado).

Código Procesal Penal de la Nación Argentina. Ley N° 23.984. Sancionada: 21 de agosto de 1991. Promulgada: 4 de setiembre de 1991.

Convención sobre los Derechos del Niño (1989) Asamblea General de las Naciones Unidas

Crockett, en Casullo, M. M. (2002). Narraciones de adolescentes con alto riesgo suicida. *Psicodiagnosticar*. 12: 43-52. 1997.

David Shaffer, f.r.c.psych. (lond), Michelle Scott, ph.d., Holly Wilcox, m.a., Carey Maslow, ph.d., Roger Hicks, b.a., Christopher p. Lucas, m.d., Robin Garfinkel, ph.d., and Steven Greenwald, m.a. The Columbia Suicide Screen: Validity and Reliability of a Screen for Youth Suicide and Depression. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 43:1, January, 2004.

De Clercq Michel, Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck & Larcier s.a. Departement De Beck Université. Paris, Bruxelles. Pag : 107-125. 1997.

Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*; 48(10):997-1004, Oct 2009.

Douglas G. Jacobs, M.D., Chair Ross J. Baldessarini, M.D., Yeates Conwell, M.D., Jan A. Faecett, M.D., Leslie Horton, M.D., Ph.D. Herbet Meltzer, M.D., Cinthia R. Pfeffer, M.D., Robert I. Simon, M.D. (Work Group on Suicidal Behaviors) Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patient with Suicidal Behaviors. (American Psychiatric Association Steering Committee on practice Guidelines) Nov 2003.

Epstein JA, Spirito A. Department of Public Health, Division of Prevention and Health Behavior, Cornell. University, Weill Medical College, New York, New York 10065, USA. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students. Arch Suicide Res.14(3):193-205. Jul, 2010.

Frosch E, McCulloch J, Yoon Y, DosReis S. Division of Child and Adolescent Psychiatry, Johns Hopkins University School of Medicine, Pediatric emergency consultations: prior mental health service use in suicide attempters. J Behav Health Serv Res.38(1):68-79.. Jan 2011.

Goldstein AB, Frosch E, Davarya S, Leaf PJ. Division of Services and Intervention Research, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD 20892-9633, USA. Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. Psychiatry Serv.;58(11):1489-92. Nov. 2007

King CA, O'Mara RM, Hayward CN, Cunningham RM. Department of Psychiatry, University of Michigan, and the University of Michigan Depression Center and the Department of Emergency, Injury Research Center, and School of Public Health, University of Michigan Adolescent suicide risk screening in the emergency department. Academic Emergency Medicine. 16(11):1234-41 by the Society for Academic Emergency Medicine. Nov; 2009.

Horwitz AG, Hill RM, King CA. University of Michigan, Department of Psychiatry Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation J Adolescent. Nov 11, 2010.

Kornblit, Mendes Diz & Adaszko. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Instituto de Investigaciones Gino Germani - Universidad de Buenos Aires - Documento de trabajo Nº 47. 2006.

Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. Estado del arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud. 1997.

Lazarus, r. & Folkman, s. "Estrés y procesos cognitivos". Cap. 1,4 y 5. Barcelona, Editorial Martínez Roca. 1986.

Lebovici S. Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente. Caps. X y XI. Madrid. Biblioteca Nueva. 1985.

Ley 17.132. Regimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. Sancionada: 24 de Enero de 1967. Promulgada: 31 de Enero de 1967.

Ley Nº 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. Sancionada: Septiembre 28 de 2005. Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005.

Ley Nº 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

Ley Nº 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.

Ley 13298 (Pcia. Bs. As). Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños. Promulgación: Decreto 66/05 del 14 de Enero de 2005. Publicación: 27 de Enero de 2005 B.O. Nº 25090.

Decreto 300/05 reglamentario de la Ley 13.298. Promulgación: 7 de Marzo de 2005. Publicación: 23 de Marzo de 2005

Maris, R. W., Berman, A. I. & Silverman M. M.: Comprehensive Textbook of Suicidology. New York, The Guilford Press. 2000.

Martínez, C. Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Bs. As. Lugar Editorial. 2007.

Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. 2008.

Ministerio de Salud Provincia de Catamarca, Dirección de Salud Mental Subsecretaría de Prevención y Promoción en Salud. *Protocolo general de procedimientos y seguimiento de casos en APS para la prevención, asistencia y posvención del suicidio*.

Ministerio de Salud de Chile. “Orientaciones técnicas para la atención primaria de salud en salud mental y adolescencia: prevención y tratamiento”. 2010.

Ministerio de Salud de Córdoba (adjuntar)

Ministerio de Salud de Nación. Boletín de Vigilancia de Enfermedades No transmisibles y Factores de riesgo. Julio 2010.

Ministerio de Salud de Nación. Situación de salud de los adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. 2011.

Ministerio de Salud de Nación. Programa nacional de prevención del suicidio. Comisión para la redacción del programa. Coordinación de salud mental del Ministerio de salud y acción social. 2007.

Ministerio de Salud de Tucumán. Guía Clínica Para La Prevención Y Manejo De La Conducta Suicida. División Salud Mental, Si.Pro.Sa 2009.

Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Harris Munfakh JL, Shaffer D. Department of Psychology, Hunter College, City University of New York, NY, USA. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. Journal Am Acad Child Adolescent Psychiatry. Jan 2008.

Novas, Sandra, Guía de Atención en la Urgencia Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Capítulo: Amenaza e Intento de Suicidio (Pág. 451-457). Asociación de Profesionales del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Buenos Aires. 2005.

Naciones Unidas, “Día Mundial contra el Suicidio: OMS reporta 3.000 casos diarios”, disponible en <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=16452&criteria1=suicidio>. 2009

Ned H. Cassem, Theodore A. Stern, Jerrold F. Rossenbaum, Michael S. Jellinek, Massachusetts general Hospital. Manual de psiquiatría en hospitales generales Harcourt Brace Publisher Internacional. División Iberoamericana Madrid (Pág. 73-91/ 461-493), 1998.

Observación General N° 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. 33º período de sesiones, 19 de mayo a 6 de junio de 2003.

Observación General N° 12. El derecho del niño a ser escuchado. Comité de los Derechos del Niño. 51º período de sesiones, Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio de 2009.

Olfson, Mark MD, MPH; Gameroff, Marc J., PhD; Steven C. Marcus, PhD; Greenberg, Ted, MPH; Shaffer, David, MD. Emergency Treatment of Young People. Following Deliberate Self-harm, Arch Gen Psychiatry/Vol. 62, Oct 2005.

OMS. Serie Prevención del Suicidio Trastornos Mentales y cerebrales. Departamento

de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000. Esp. OMS *Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*.

OMS. *Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ediciones de la OMS Paraná, 2010.

OMS. *Invertir en salud mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004.

OPS Bolivia. Oficina regional para las Américas de la OMS. 2009.
<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=18130&SE=SN>.

Pelkonen M, Marttunen M. Department of Mental Health and Alcohol Research, National Public Health Institute, Helsinki, Finland. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatric Drugs*. 5(4):243-65. 2003.

Rutman, Maia, M.D., Shenassa, Edmond, ScD, Becker Bruce M, M.D. MPH
Brief Screening for Adolescent Depressive Symptoms in the Emergency Department

Rue, M.D., and Jon Shaw, M.D. AACAP Staff: Kristin Kroeger. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior
J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 40:7 Supplement, July 2001.

Serfaty, E, Andrade, Boffi Boggero, Masautis, Foglia. Ideas de suicidio. *Boletín Academia Nacional de Medicina* 2002

Serfaty, Andrade, Masautis Mortalidad en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, Argentina, 1991-2000 *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. XIV Suplemento II, 2003, 40-48

Serfaty, E. Suicidio: aspectos epidemiológicos y genéticos. *Rev. Arg. Psiquiatría Biológica* Vol. XL, 78, 8:74

Shaffer, David, M.D., Pfeffer, Cynthia R., M.D., and the Work Group on Quality Issues : William Bernet, M.D. Chair, Valerie Arnold, M.D., Joseph Beitchman, M.D., R Scott Benson, M.D., Osacr Bukstein, M.D. Joan Kinlan, M.D., Jon McClellan, M.D., David

Shaffer, David, M.D., F.R.C.P., F.R.C. Psych. Madelyn Gould, Ph.D., M.P.H. Roger Hicks, M.B.A. Teen Suicide. Fact Sheet. Department of Child Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, Columbia College of Physicians and Surgeons. March 14, 2007

Sistema de vigilancia de Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. *Boletín de vigilancia de Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo* nro 2, Ministerio de Salud de la Nación, Págs. 54 a 74. 2010

Steele, Margaret M, HBSc, MD, FRCPC, MEd'; Tamison Doey, HBSc, MD, FRCPC
Suicidal Behavior in Children and Adolescents. Part 1: Etiology and Risk Factors
The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 52, Supplement 1, (21S-32S) June 2007

Steele, Margaret M, HBSc, MD, FRCPC, MEd'; Tamison Doey, HBSc, MD, FRCPC
Suicidal Behavior in Children and Adolescents. Part 2: Treatment and Prevention
The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 52, Supplement 1, June 2007 (35S-45S)

Stephanie T. Deeley, MPsych, Anthony W. Love, PhD. Does Asking Adolescents about Suicidal ideation induce negative Mood State? *Violence and Victims*, Volume 25, Number 5, 2010.

The Swedish National Council for Suicide prevention Support in Suicidal Crisis, 18/2 Hogrefe & Huber Publishers. 1997.

Vitiello B, Brent DA, Greenhill LL, Emslie G, Wells K, Walkup JT, Stanley B, Bukstein O, Kennard BD, Compton S, Coffey B, Cwik MF, Posner K, Wagner A, March JS, Riddle M, Goldstein T, Curry J, Capasso L, Mayes T, Shen S, Gugga SS, Turner JB, Barnett S, Zelazny J. National Institute of Mental Health, Bethesda, MD 20892-9633, USA.

Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I
Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal
Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial
Am J Psychiatry. 2011.

Williams, J. & Pollock, L. The Psychology of Suicidal Behavior en Hawton, K.& van
Heeringen, K. *The international handbook of suicide and attempted suicide (Cap. 5)*.
England. John Wiley & Sons Ltd. 2000.

Wagner de Sousa Campos, Gastao Gestión en Salud. En defensa de la vida. Editorial
LUGAR. 2001.

Wintersteen, Matthew B., Diamond, Guy S. and Fein, Joel A.
Screening for suicide risk in the pediatric emergency and acute care setting
Current Opinion in Pediatrics 19:398-404 2007 Lippincott Williams & Williams

IV .Anexos

Anexo 1. Tratamiento farmacológico

El profesional actuante deberá evaluar de manera continua los efectos y resultados del tratamiento, así como también la interacción de los medicamentos (incluyendo interacciones con el alcohol, medicamentos adquiridos sin receta médica y medicinas complementarias/tradicionales) y los efectos adversos del tratamiento, ajustándolo según corresponda.

Es recomendable que el profesional de la salud explique en lenguaje sencillo y claro:

- Las razones de la indicación del psicofármaco
- las dudas e inquietudes que pudieran surgir en relación al tratamiento
- Los efectos secundarios y adversos que pudieran producirle el fármaco

En la indicación de un psicofármaco se debe contar con el acuerdo del adolescente si está en condiciones de consentir y del familiar responsable, siempre que la situación de urgencia así lo permita.

La indicación del psico fármaco en la urgencia puede tener uno o varios de los siguientes objetivos:

- Obtener una disminución de la sintomatología
- Facilitar y/o profundizar la evaluación para una adecuada toma de decisiones
- Favorecer la implementación en algunos casos de otras medidas terapéuticas necesarias
- Asegurar la integridad física de la persona y de terceros

La elección del tipo y vía de administración psicofármaco dependerá de:

- Síntomas blanco a tratar
- De la intensidad de los síntomas
- La urgencia para aliviar ese síntoma (riesgo potencial)
- La disponibilidad en mercado de formulas orales, sublinguales o parenterales
- La disponibilidad real del fármaco en el momento de la consulta
- Los antecedentes de respuesta anterior que se puedan recavar (efectos sedativos o adversos que pudiera tener)
- Del estado clínico y neurológico global actual y de los antecedentes médicos del paciente

La elección de la vía de administración dependerá:

Se intentará utilizar en primera instancia la vía oral, que suele ser aceptada una vez explicitada y resulta efectiva.

Recomendaciones:

1. Episodios de ansiedad graves o inabordables a la palabra, la droga de elección son las benzodiacepinas de vida media corta o media:

1- Vía oral o sublingual:

Se sugiere utilizar: lorazepan o clonazepan

El alprazolam no está indicado en primera línea, por que es una droga de mucha potencia y corta vida media y puede produce mayor desinhibición y efecto rebote de los síntomas de ansiedad

Diazepan: no está indicado en primera instancia (*por que tiene una vida media muy larga*)

2- Vía IM

Lorazepan

Diazepan: no está indicado por su absorción errática

2- Episodios de excitación psicomotriz

Se seguirán los protocolos habituales

Fármacos de elección (tanto si se utiliza la V Oral o Vía IM) son:

- **Benzodiazepinas**
- **Neurolepticos incisivos**

Si la persona no presenta síntomas psicóticos o la excitación es leve se sugiere utilizar en primera línea benzodiazepinas: (lorazepan) y si no se obtuviera resultado se utilizan los antipsicóticos incisivos (haloperidol, olanzapina, risperidona)

Cuando se utiliza la Vía Oral: se recomienda la utilización de los antipsicóticos atípicos (si se dispone de ellos) por el mejor perfil de efectos adversos en relación a los típicos; entre ellos se prefiere la **olanzapina** por su acción más sedativa

Fórmula de Disolución instantánea: Hay disponibilidad en mercado de una forma farmacéutica de Olanzapina y risperidona recomendable por su rápida acción evitando utilizar la VIM

Si es necesario utilizar la Vía IM: se recomienda en primera instancia utilizar los antipsicóticos atípicos (Risperidona, olanzapina, Quetiapina)

No se recomienda el uso de neurolepticos sedativos (levomepromazina , clorpromacina) en forma parenteral por el perfil efectos adversos : pueden ocasionar hipotensión severa con consiguiente riesgo cardiovascular (tener en cuenta que generalmente en la asistencia de urgencia se desconocen los antecedentes del paciente a tratar)

Especial recaudo al momento de implementar una terapéutica psicofarmacológica frente a síndrome confusional de etiología desconocida (la excitación psicomotriz puede tener de origen un síndrome confusional).

En caso que el paciente presente una intoxicación aguda de sustancias (drogas o alcohol) se seguirán las recomendaciones farmacológicas para esos casos.

ANEXO 3. GLOSARIO

Conducta auto agresiva/ lesiva: acto deliberado con intención de ocasionarse dolor, agresión o lesión, sin intención manifiesta o evidencia explícita o implícita de ocasionarse la muerte (los mas frecuentes: ingesta de medicamentos y/o de sustancias tóxicas, cortes en el cuerpo auto inflingidos con la intención de aquietar estados de angustia)

Conductas de riesgo: todo comportamiento que en si mismo o por las consecuencias inmediatas o potenciales pudiere ocasionar un daño físico (abuso problemático de sustancias, promiscuidad sexual etc.)

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

Ideación de auto agresión/ lesión: pensamiento manifiesto y/o intención explícita o implícita de realizar un acto o conducta de auto agresión

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

Ideación de muerte: pensamiento 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 angustia. Se diferencia de la ideación suicida en que en la idea de muerte la intención de producirse un daño no se expresa, ni se infiere o a veces puede directamente negarse, sin embargo 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.

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

Intento de suicidio: acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente/acompañante⁸

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 Ej.:

⁸ MSAL PNSIA. *Consejo de expertos de suicidio convocado Noviembre – Diciembre 2010.*

ingestión de cantidad importante de analgésicos (que tienen alta toxicidad renal) consumidos habitualmente en la familia considerándolos poco tóxicos)

Suicidio consumado: Muerte auto inflingida con evidencia implícita o explícita que la persona intento quitarse la vida.

ANEXO 4. Sugerencias para realizar la evaluación de riesgo

Las preguntas aquí ejemplificadas son una guía, a modo de ejemplo y sugerencia acerca de la manera de preguntar. Cada profesional deberá utilizar la modalidad y el orden que le resulte más cómoda y posible para indagar de manera certera todo estos síntomas y obtener así los elementos de juicio necesarios para la evaluación. Se debe preguntar específicamente en todos los casos acerca de la existencia de idea de muerte y la intencionalidad de auto agredirse y /o matarse, aunque no haya sido específicamente mencionada por la persona o el adulto y/o referente.

Es importante antes de preguntar acerca de la ideación de muerte y la intencionalidad de auto agredirse que el trabajador de la salud pueda establecer un vínculo con el paciente.

Evaluación del acto y de la ideación autogresiva actual

- 1- Qué fue lo que pasó que te trajeron aquí? Por qué estás acá?
- 2- Dicen que te quisiste lastimar. Esto es así?
- 3- Dicen que amenazaste con lastimarte o matarte. Cómo es esto?
- 4- Tenés idea de por qué te lastimaste?
- 5- Qué pensáste mientras te lastimabas?
- 6- Cómo te apareció la idea de hacerte daño?
- 7- Desde cuándo venís pensando en hacer esto?
- 8- Se te había ocurrido antes otra vez hacer algo así?
- 9- Te sentiste mejor después de hacerte daño?
- 10- Que pensabas que te iba a pasar?
- 11- Habías pensado en que te querías morir?
- 12- Habías pensado en que te podías morir?
- 13- Cuando te diste cuenta que no habías muerto que pensaste?
- 14- Qué pensabas que iba a pasar si te morías?
- 15- Habías pensado ya otras veces en la idea de matarte o lastimarte?
- 16- Cuándo te aprecio por primera vez?
- 17- Sentís ahora ganas de morirte?
- 18- Qué razones tendrías para vivir o morir?
- 19- Ahora pensás en lastimarte o matarte?
- 20- Cómo lo harías?
- 21- Qué pensás de lo que pasó?
- 22- Te sentís triste o angustiado?
- 23- Tenés alguna idea de lo que te angustia?
- 24- Pensás que puede haber otra manera de encontrar una solución o aliviarte?
- 25- Conocés a alguien que le pase lo mismo o parecido? Quién?
- 26- Te parece que alguien te podría ayudar con esto que te pasa?
- 27- Como te parece que tomo esto tu familia?
- 28- Qué pensás ahora de esto que hiciste?
- 29- Sentís ahora ganas de lastimarte?
- 30- Pensás que te podría volver a pasar lo mismo?

Evaluación estado anímico en los últimos meses

- 31- Te has sentido irritable por cosas que antes no te molestaban?
- 32- Te has sentido triste, angustiado o con ganas de llorar sin saber por qué?
- 33- Has sentido menos ganas de salir, de estar con tus amigos?
- 34- Cómo te llevas con tus amigos?

35- Cómo crees que los demás te ven a vos?

36- Cómo te ves a vos mismo?

37- Te has sentido solo?

Evaluación de las alteraciones de la sensopercepción

38- Te paso alguna vez alguna cosa que te pareciera rara, como por ejemplo escuchar como si alguien te hablara cuando no hay nadie?

39- En este tiempo te pareció como si escucharas alguna voz que te decía cosas feas: insultos, que te decía que te lastimaras?

40- Te paso alguna vez de ver cosas que los demás no veían?

41- Te paso de sentir como si todos te miraran? Como si estuvieran hablando mal de vos?

Evaluación de la percepción de futuro y a la aceptación de un tratamiento

42- Te imaginás que es posible que esta situación cambie?

43- Te imaginás alguna manera para estar mejor?

44- Te parece que algo o alguien te podría ayudar? Quién/nes?

45- Cómo te imaginas vos en unos meses y en un año?

46- Qué te parece la idea de empezar a hablar con alguien que te pueda ayudar?

47- Estarías de acuerdo en iniciar un tratamiento?

Situaciones vinculares:

48.- Alguien te esta molestando de alguna forma?

49.- Alguien te esta haciendo hacer cosas que no quieres?

50.- En el colegio alguien te molesta? Por internet? En el chat?

VI. Implementación de las prestaciones para el Plan Nacer Línea Adolescencia

Acá vamos a desarrollar la definición de las prestaciones, sus atributos y la importancia de registrar el intento de suicidio y cómo registrar para auditar la prestación

En cuanto al intento de suicidio, el Plan Nacer ofrece la atención por intento de suicidio (Urgencia) y su seguimiento.

1) Atención por intento de suicidio (urgencia). Lesiones intencionales

Consulta realizada por un/a adolescente de 10 a 19 años debido a una "acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referida por el/la paciente y/o acompañante"⁹. Pudiendo realizarse en servicios de emergencia o en otras instancias de atención dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud.

La prestación deberá realizarse por un/a profesional médico/a según el estado clínico del/la paciente (P14/P26) y requerirá una interconsulta obligatoria con profesional de salud mental (P27); que de no realizarse al momento de la consulta deberá ser con turno otorgado dentro de las 48hrs. consecuentes.

Debe incluir de manera obligatoria el registro en la Historia Clínica/ libro de guardia de los siguientes atributos:

- ✘ Firma de notificación de Derecho de confidencialidad y/o consentimiento
- ✘ Protocolo
- ✘ Fecha de Nacimiento
- ✘ Fecha de realización de la prestación
- ✘ Evaluación de riesgo
- ✘ Síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde)
- ✘ Tratamiento instaurado
- ✘ Plan de seguimiento
- ✘ Referencia con turno otorgado a profesional de Salud Mental (P27)
- ✘ Firma y aclaración del responsable que realiza prestación

2) Seguimiento por intento de suicidio

Consulta realizada por adolescentes de 10 a 19 años, recibida por derivación de servicios de urgencia o consultorio externo y efectuada en servicio/consultorio de atención diferenciada para adolescentes o servicio/consultorio de salud mental, por profesional de salud mental (P27).

El seguimiento constará de una entrevista semanal con un/a profesional de Salud Mental con el/la paciente (incluye núcleo familiar/entorno cercano). Al menos un control médico y una evaluación psico-social (P14/P26/P27/P28 y Lic. en Enfermería capacitado/a en la temática) al inicio y al finalizar los seis primeros meses.

La prestación constará de una evaluación de criterios terapéuticos interdisciplinarios a realizar a los 6 meses del intento de suicidio, preferentemente por los profesionales a

⁹ Definición consensuada por Consejo de Expertos MSAL . Diciembre 2010

cargo del seguimiento. Deberán efectuarla como mínimo 2 (dos) profesionales: 1 (un/a) profesional médico/a (P14/P26) y 1 (un/a) profesional psicólogo/a o médico/a psiquiatra (P27).

Debe incluir de manera obligatoria el registro en la Historia Clínica de los siguientes atributos:

- ✘ Registro en HC
- ✘ Fecha de Nacimiento
- ✘ Firma de notificación de Derecho de confidencialidad y/o consentimiento
- ✘ Fecha de realización de la prestación
- ✘ Evaluación de riesgo
- ✘ Síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde)
- ✘ Tratamiento instaurado
- ✘ Plan de seguimiento
- ✘ Firma y aclaración del responsable que realiza prestación